

De organisatie van de verpleegafdeling : papers van de inleidingen gehouden op het colloquium Ziekenhuisorganisatie, gehouden te Eindhoven, januari 1972

Citation for published version (APA):

Bergen, B. J. M. A., Hagevoort, P. E., Mercx, R. J. M., Nijhuis, H., & Zwaga, P. G. J. (1972). *De organisatie van de verpleegafdeling : papers van de inleidingen gehouden op het colloquium Ziekenhuisorganisatie, gehouden te Eindhoven, januari 1972*. (Ziekenhuis research project. Rapport; Vol. 2). Technische Hogeschool Eindhoven.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1972

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

BIBLIOTHEEK

7203838

T.H. EINDH. N

DE ORGANISATIE VAN DE VERPLEEG-
AFDELING.

Papers

van de inleidingen gehouden op
het colloquium Ziekenhuisorganisatie
Eindhoven, 7 januari 1972.

door:

B.J.A.M. van Bergen

P.E. Hagevoort

R.J.M. Mercx

H.Nijhuis

Drs. P.G.J. Zwaga

rapport no. 2

TER INLEIDING.

R.J.M. Mercx

Op 7 januari is er op de Afdeling der Bedrijfskunde van de Technische Hogeschool te Eindhoven door de Vakgroep Organisatiekunde een colloquium gehouden met als onderwerp: "de organisatie van de verpleegafdeling".

Een colloquium bestaat gewoonlijk uit een of meerdere voordrachten van studenten en/of medewerkers, die enige tijd met een studie of onderzoek bezig zijn geweest en de resultaten en moeilijkheden aan hun collega's voorleggen. Het is dus meestal een interne aangelegenheid.

In het kader van het Ziekenhuis research project hebben wij een paar jaar de organisatie van de verpleegafdeling bestudeerd. Mede dank zij de inbreng van een tweetal doctoraal-studenten in de sociologie, alsmede de bereidwilligheid van enige ziekenhuizen om ons studies in een aantal verpleegafdelingen te laten verrichten, waren wij in het stadium gekomen dat wij meenden, een aantal uitspraken over deze materie te kunnen doen. Er werd derhalve een colloquium gepland.

Op dat ogenblik werd ik benaderd door Ir. Kellerman, hoofd sectie organisatie van het Nationaal Ziekenhuis Instituut. Hij wist dat wij met deze problemen bezig waren, en vroeg of we niet op korte termijn iets konden vertellen over de stand van zaken. We hebben toen besloten het geplande colloquium open te stellen voor belangstellenden buiten de T.H.E., en een aantal geïnteresseerden, met name hen die bij dit project betrokken zijn, een aankondiging hiervan te sturen.

Tijdens het colloquium mochten we ons verheugen op een aandachtig en kritisch gehoor van een zestigtal aanwezigen, grotendeels afkomstig uit de ziekenhuiswereld. Door ziekte verhinderd werd Prof. Feitsma à l'improviste vervangen door Prof. Botter. De aanwezigen drongen bij de laatste discussie sterk aan op het snel verspreiden van de papers van de gehouden inleidingen. Dit is bij een colloquium, gezien zijn "voorlopig" karakter, niet te doen gebruikelijk. Om de discussie over deze belangrijke materie ook in bredere kring in de ziekenhuiswereld op gang te brengen, meenden wij er evenwel goed aan te doen op dit verzoek in te gaan. Wij moeten er echter op wijzen,

dat deze papers bedoeld zijn als discussiestukken en dat zij zowel qua inhoud als qua vormgeving niet die aandacht hebben gehad, die van wetenschappelijke publicaties verlangd kan worden.

De lezer gelieve de papers in dit referentiekader te beschouwen. Wij van onze kant zouden het op prijs stellen als ze aan hun doel zouden beantwoorden: dat ze een discussie én een proces ter verbetering van de huidige situatie op de verpleegafdeling zullen initiëren. Wij houden ons dan ook aanbevolen voor kritische op- en aanmerkingen, met name uit de ziekenhuiswereld.

Eindhoven, 17 december 1971

COLLOQUIUM ZIEKENHUISORGANISATIE

Op vrijdag 7 januari 1972 zal om 14.00 uur in zaal A.01 van het paviljoen onder voorzitterschap van Prof.Ir. C. Botter door medewerkers van het ziekenhuisproject een colloquium gehouden worden over:

DE ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGAFDELING

Het programma is als volgt samengesteld:

- 14.00 Inleiding door Prof.Dr. H. Feitsma
- 14.10 "De sociale structuur van de verpleegafdeling" door B.v.Bergen 1)
- 14.30 "Enige bedrijfskundige aspecten van de hedendaagse verpleegafdeling" door H. Nijhuis 2)
- 14.45 "Onderzoeken naar de meningen van verplegenden over hun taak en hun afdeling" door R. Mercx 3)
- 15.00 Discussie
- 15.30 "Alternatieve structuren op de verpleegafdeling" en "De entente organisatie van het Antoniusziekenhuis te Sneek" door B.van Bergen
- 15.55 "De radenorganisatie van het ziekenhuis in Herdecke" door P. Hagevoort 4)
- 16.10 "Enkele sociaal psychologische aspecten van de groepsverdeling en van de individual total care van het Montefiore Hospital in New York" door P. Swaga 5)
- 16.30 "De toekomstige structuur van de verpleegafdeling, mede in verband met de vernieuwingsplannen in de opleiding van verplegenden" door R. Mercx
- 16.45 Discussie
- 17.15 Samenvatting door Prof.Dr. H. Feitsma

Belangstellenden, ook van buiten de T.H.E. zijn van harte welkom.

- 1) student org.-sociologie Universiteit Amsterdam
- 2) student bedrijfskunde T.H.E.
- 3) medewerker vakgroep Organisatiekunde T.H.E.
- 4) student bouwkunde/bedrijfskunde T.H.E.
- 5) student soc. psychologie Kat. Hogeschool Tilburg

A. DE SOCIALE STRUCTUUR VAN DE VERPLEEGAFDELING.

B. van Bergen

Dames en Heren,

Ik zal U in kort bestek iets vertellen over de sociale structuur van de verpleegafdeling.

Als voorbeeld heb ik de structuur van het oude, traditionele ziekenhuis gekozen. Reden hiervoor is, dat de organisatie van de traditionele verpleegafdeling zich kenmerkt door een bijna ideaal-typische vormgeving aan bepaalde structuurkenmerken, die op de meer aangepaste verpleegafdelingen veel minder duidelijk naar voren komen. Het is voor de onderzoeker in deze situatie dan ook gemakkelijker de gevolgen van een bepaald samenwerkingspatroon aan te geven en zijn aandacht te richten op de mechanismen die hierin een belangrijke rol spelen.

De verpleegafdeling als sociaal systeem met zijn onderscheiden technologische, culturele en structurele kenmerken, vormt het arbeidsveld waarbinnen leden van verschillende categorieën hun werkzaamheden verrichten aan de patiënt. Dit arbeidsveld kwam tot stand tijdens een proces, waarin de specifieke positie der categorieën gelegitimeerd werd door de mate waarin zij de onzekerheden voor de doelbereiking van de organisatie konden oplossen.

Het verankeren van de machtige en afhankelijke positie in de taak en functie omschrijvingen werd onderstreept door een groot aantal statusattributen die personen van elkaar moeten onderscheiden. Deze waarden waren functie van een maatschappelijke waarden en normen stelsel en van de accenten die men in de specifieke subcultuur benadrukt.

De macht van de arts is, zoals gezegd, vooral ontleend aan het feit dat hij de belangrijkste bron van onzekerheid, de mogelijkheid om patiënten beter te maken, met succes tegemoet kan treden. Tegelijkertijd is de arts echter voor de uitoefening van zijn werkzaamheden afhankelijk van de andere leden van de verpleegafdeling; alhoewel deze afhankelijkheid naar buiten toe gemaskeerd is, door allerlei statusdistincties die de positie van de arts op de afdeling moet benadrukken. De afhankelijke relatie waarin bijv. de stafverplegenden ten opzichte van de arts staan, is echter relatief, omdat ook zij een bron van onzekerheid beheersen. Zij zorgen er nl. voor, dat op de verpleegaf-

deling, de dagelijkse gang van zaken voor de arts zo soepel mogelijk verloopt. Verder beschikken zij over een dosis ervaring waarmee zij de arts kunnen bijstaan en hem wegwijs maken. Door zich in de werksituatie op strategische wijze te gedragen, onderstrepen zij hun relatieve macht. Wanneer deze door de arts genegeerd wordt zal voor hem de kans op conflicten met de stafverplegenden aanmerkelijk stijgen tot er weer overeenstemming is bereikt over de wederzijdse betrekkingen. De zaalverplegenden tenslotte, zijn het meest afhankelijk. De taak die zij vervullen is bijna volledig omschreven. Dit maakt hun gedrag voor arts en stafverplegende in sterke mate voorspelbaar. Zo ontstaat een beeld van een sociaal systeem van een verpleegafdeling waarin de verschillende categorieën bezig zijn, soms zeer subtiel, soms zeer direct de eigen-, groeps, en organisationele belangen veilig te stellen.

Prof. Lammers heeft in een van zijn publicaties deze organisatievorm als kaste-achtig omschreven. Als kenmerken hiervoor gaf hij aan, "een rigide, hiërarchische ordening van groepen, waartussen een scherp afgebakende arbeidsverdeling voorkomt, waartussen geen mobiliteit mogelijk is, die een scherpe segregatie in acht nemen en waar de statussymboliek de gescheidenheid der groepen beklemtoont".

(Beste voorbeeld hiervan is wel de grote visite, "waar men een processie van artsen en verplegenden, in een naar rang en stand bepaalde volgorde langs het ziekenbed ziet trekken".)

Het betekent echter geenszins dat deze organisatievorm door bijv. verplegend personeel en patiënten definitief aanvaard wordt. Zij vechten de legitimiteit van de in hun ogen verouderde feiten en waarden aan, en trachten tot een herdefiniëring van afspraken te komen. Dat deze pogingen tot herdefiniëring van macht- en afhankelijksverhoudingen risico's met zich meebrengen moge voor wat betreft de categorie der leerling-verplegenden duidelijk zijn. (bijv. door subjectieve beoordelingen van afdelingshoofden).

Hun afhankelijkheid binnen de organisatie wordt niet alleen structureel gedefinieerd in hun taakomschrijving en de daaraan gerelateerde speelruimte, maar daarnaast is er ook sprake van een normatieve definitie die morele waarde geeft aan de dienstbaarheid die leerlingen moeten betrachten. Aangezien het hen bijna onmogelijk is in het proces van onderhandelen over de legitimiteit van de afdelingsstructuur een belangrijke rol te spelen, worden er de laatste jaren ook buiten de organisatie belangengroepen gevormd. Dames en heren, laten wij nu eens nagaan wat de gevolgen zijn van deze manier van

organiseren van de verpleegafdeling voor enige aspecten voor de coördinatie der werkzaamheden. Men zou dan kunnen vaststellen, dat het communicatie- en informatiesysteem duidelijk hinder ondervindt van deze arbeidsorganisatie. Onderzoekingen geven aan dat de interactie hoofdzakelijk binnen de eigen groep blijft, dat ze afneemt naarmate de sociale afstand toeneemt, en dat de communicatie naar beneden vaak slechts in één vorm gegoten is nl. in die van taakinstructies. Teveel uitleg over het waarom van bepaalde herdelingen wordt achterwege gelaten. Een ander gevolg is, dat naarmate de interactie zich beperkt tot taakinstructies, de vervreemding van de verplegenden ten aanzien van het eigen werk toeneemt. Vanzelfsprekend heeft dit zijn consequenties voor de begeleiding van de patiënt door het verplegend personeel. In een aantal publicaties heeft Bassee gewezen op het belang van therapeutisch gedrag. "Door zijn ziekte heeft de patiënt immers meer dan anders steun, begrip en uitleg nodig. Daarom kan de verplegende in haar eigen expressieve rol trachten het motivationele evenwicht van de patiënt te bewaren tijdens het ziekteverloop". De expressieve rol dient dan therapeutische functies. Dit gedrag is echter sterk afhankelijk van het communicatieklimaat op de afdeling. Voorwaarde is immers dat de leden van de verpleegafdeling de patiënt niet enkel zien als een object, maar als een persoon met eigen specifieke behoeften en emoties. Deze gedragsnorm moet geleerd worden. Hiervoor is het nodig dat de communicatie niet alleen gericht is op de instrumentele dimensies van het verpleegobject, maar dat in de communicatie een leermethode wordt overgedragen aan de verplegenden voor een juiste benadering van de patiënt als sociaal en emotioneel wezen. Aan de therapeutische mogelijkheden van de expressieve functie der communicatie wordt teveel voorbijgegaan; de relatie tussen de sociale en psychologische behoeften van de patiënt en het ziekteverloop wordt nog onvoldoende onderkend. Dit, ondanks het feit dat een aantal experimenten met een gerichte begeleiding van de patiënt tot opmerkelijke resultaten hebben geleid in het proces van genezing. In het proces van communicatie en informatie-uitwisseling is de patiënt slechts in beperkte mate betrokken. Het is natuurlijk wel zo dat arts en verpleegkundige veel van de patiënt willen weten, maar de achtergrond van het gebeuren is de patiënt vaak onduidelijk en wordt hem ook niet zonder meer duidelijk gemaakt. De voorspelbaarheid die arts en verpleegkundige dóór middel van informatieregulering in het gedrag van de patiënt trachten te bereiken, conflicteert met de doeleinden van de patiënten, die zoveel mogelijk wil weten over zijn ziektebeeld. Daarnaast is er sprake van onderschatting van de patiënt als infor-

matiebron ten aanzien van zijn collega's. Door het permanente contact met zijn medepatiënten is hij zeer wel in staat gedragswijzigingen te registreren. De patiënten weten echter niet of zij deze dingen en andere zaken die hen bezighouden, kenbaar mogen maken, want artsen en verplegenden hebben het altijd druk, zegt men, en ze worden niet graag opgehouden in hun werkzaamheden. De 'aangepaste' patiënt houdt zijn problemen dan ook voor zich. Veel, mogelijk relevante informatie gaat hierdoor verloren.

De beperkingen die op de verpleegafdeling zijn ten aanzien van de communicatie naar beneden, vormen dus tegelijkertijd de barrières voor de communicatie naar boven.

Beperkingen en barrières die hun oorzaak vinden in een organisatievorm waarin de leden teveel denken in termen van hiërarchie en status in plaats van termen van functionele samenwerking.

Ook het leiderschapsgedrag is een belangrijk onderdeel van de coördinatie der werkzaamheden op de verpleegafdeling. Op de traditionele verpleegafdeling heeft het leiderschapsgedrag van arts en stafverplegende een sterk instrumenteel karakter. Deze vorm van leidinggeven wordt enerzijds noodzakelijk gemaakt door de onzekerheid die kenmerkend is voor de werksituatie, anderzijds echter is deze leiderschapsvorm functie van het onderscheid dat categorieën ten opzichte van elkaar willen benadrukken.

Deze afstandelijkheid betekent echter voor de zaalverplegende een barrière om hulp te krijgen bij het verwerken van de emotionele problematiek waarmee zij in haar werksituatie te maken heeft.

De collectieve speelruimtevergroting waarover met name sociaal leiderschap kon zorgen, zou als ventiefunctie kunnen dienen voor de spanningen op het werk. Daarnaast stellen bevindingen vast dat sociaal leiderschap bevorderlijk is voor wat men het 'leefklimaat' van een afdeling pleegt te noemen.

De kans op een bepaald type leiderschap wordt dus niet alleen bepaald door factoren zo als de aard van de te verwerken informatie, of de mogelijkheden om uit gedragsalternatieven een keuze te maken, maar ook door een analyse van de situatie in termen van de strategie van de leidinggevende. Dit strategisch gedrag resulteerde op de traditionele verpleegafdeling in het benadrukken van de instrumentele categorieën. Hierdoor kunnen, zoals we gezien hebben, bepaalde spanningen niet gereguleerd worden. Als gevolg hiervan treden er verdedigingsmechanismen op die frustrerend werken voor patiënt en verpleegkundige. Ten aanzien van de gevolgen van deze traditionele organisatievorm voor de zaalverplegende is steeds gesteld, dat de zaalverplegende in

sterke mate bloot staan aan een eenzijdige, taakgerichte informatie-stroom en aan instrumenteel leiderschap.

Logisch gevolg hiervan is een uniforme en instrumentele houding ten aanzien van de patiënt. Veel problemen op intra en interpersoonlijk gebied van de verpleegkundige, vooral in het begin van de opleiding, zijn terug te voeren tot de discrepantie tussen de denkbeelden die een leerling-verplegende zelf heeft over de verzorgende functie van haar werk, datgene wat zij daar in haar lessen op de verpleegschool over heeft genomen, en dat wat zij in de dagelijkse realiteit ervaart.

Ofschoon de relevantie van de expressieve functie, als onderdeel van het handelingenpakket van de zaalverplegende evident moge lijken, worden meningen hierover in de werksituatie prematuur. De traditionele verpleegafdeling is zodanig geconfigureerd, dat er een taakstructuur voor de zaalverplegende is ontstaan, die uitgevoerd is van de instrumentele aspecten en waar het expressieve element bijna niet tot zijn recht komt.

Voor de patiënt betekent dit 'noodgedwongen' instrumentele gedrag van de verplegende een aanhoudende communicatie-armoede, en een aanhoudende situatie van spanningen, omdat veel van hun angst en ongerustheid niet weggenomen wordt, met al zijn mogelijke gevolgen voor het ziekteverloop.

Door zijn opname in het ziekenhuis komt de patiënt in een omgeving met zeer specifieke structurele en culturele kenmerken, die hem niet of nauwelijks bekend zijn, en waar hij zich zeer onwennig bij voelt.

De kans is groot dat de patiënt teleurgesteld wordt in zijn verwachting dat hij begeleiding zal krijgen om de kennismaking met het ziekenhuis te vergemakkelijken; vooral wanneer hij op de traditionele verpleegafdeling komt te liggen. Daar wordt nl. verwacht dat hij zich aanpast aan de afdelingsorganisatie, en niet omgekeerd. Als lid van de laagste kaste krijgt hij een daaraan verwante rol.

Dames en heren, wanneer men de balans opmaakt van de gevolgen van deze traditionele afdelingsstructuur, dan ontdekt men storingen en allerlei frustratie-kumulerende factoren, zoals bijv. een gebrekkig communicatie- en informatiesysteem, slechts gedeeltelijk aan de situatie aangepaste leiderschapsvormen, onvoldoende taakafstemming en instrumentele patiëntenzorg. Gevolg hiervan is dat de sociale kosten voor patiënt en verplegende hoog oplopen.

Deze effecten vinden wij niet alleen op de traditionele verpleegafdeling, maar zij weerspiegelen zich ook, zij het in minder extreme vormen, op de verpleegafdelingen van veel hedendaagse ziekenhuizen.

Deze manier om een verpleegafdeling te organiseren schiet tekort aan de doelstellingen die men zich in deze sector van de gezondheidszorg gesteld had, nl. een zo goed mogelijke zorg voor de patiënt. "Daarom is het nodig dat de leden van de verpleegafdeling leren denken vanuit een gemeenschappelijk doel en een gemeenschappelijk probleem, in plaats vanuit de eigen categorie". (of zo men wil, vanuit de eigen kaste).

Om de voorwaarden hiervoor te scheppen, is het nodig dat er veranderingen doorgevoerd worden in het bestaande arbeidsveld. Technologische veranderingen en aanpassingen in het waarden- en normencomplex zijn nodig om een arbeidsomgeving te scheppen die meer mogelijkheden biedt voor een effectieve en efficiënte patiëntenzorg.

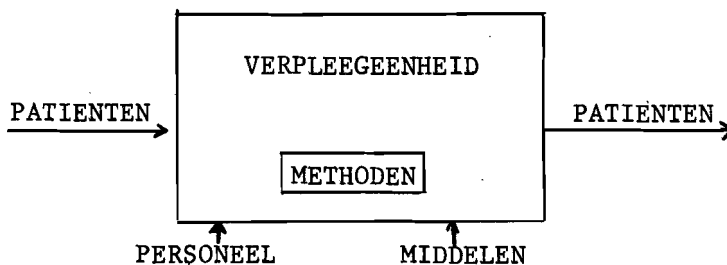
B. ENIGE BEDRIJFSKUNDIGE ASPECTEN VAN DE VERPLEEGAFDELING.

H. Nijhuis

Inleiding.

Naar aanleiding van een door mijzelf gelopen stage en het bestuderen van soortgelijk werk van collega's, wil ik graag enige bedrijfskundige aspecten van de verpleegafdeling belichten.

Een bedrijfskundige probeert het gebeuren dat hij waarneemt in grote lijnen in een schema weer te geven. Tevens zal hij het doel van dit gebeuren opsporen. Onze verpleegafdeling ziet er dan als volgt uit:



De patiënt is het onderwerp waarmee men zich bezighoudt.

De inspanningen van personeel en het gebruik van middelen worden volgens bepaalde methoden gecombineerd om een doel te verwezenlijken. Dit doel kunnen we omschrijven als:

"Het verplegen en verzorgen van patiënten teneinde hen te genezen en/of hun lijden te verlichten".

De methoden die hiervoor gebruikt worden moeten we toetsen aan drie criteria:

EFFECTIVITEIT: is de methode op het doel gericht?

EFFICIENCY: kost de methode niet meer inspanning dan nodig is?

WELZIJN: bevordert de methode het welzijn van patiënten en personeel?

Het genoemde doel en de criteria zijn geldig voor alle ziekenhuizen. De gebruikte methoden lopen voor de verschillende ziekenhuizen echter nogal uiteen. Het ontbreekt aan algemeen geaccepteerde methoden, terwijl veel handelingen dat wel mogelijk of gewenst maken.

Een econoom roept met de term "goed koopmansgebruik" een aantal gewoonten op, die aangeven hoe je het beste kunt handelen.

Ik hoop U in het volgende duidelijk te maken waarom we nog niet kunnen

spreken van "goed verpleegsgebruik".

Het vereiste bekwaamheidsniveau.

Als eerste voorbeeld daarvan wil ik U laten zien welke verschillen wij in de bevoegdheden van het personeel aantreffen. Omdat het bekwaamheidsniveau van verplegend personeel nogal uiteenloopt, (verpleeghulp-leerling-gediplomeerde enz.) zijn er minimum eisen voor bepaalde handelingen.

In drie verschillende ziekenhuizen is aan afdelingshoofden gevraagd, welke eisen zij stelden. Als sprekendste voorbeelden van de gevonden verschillen wil ik noemen:

ziekenhuis handeling	A	B	C
verwijderen van tampons of draadhechtingen	2 ^e jaars leerling	arts	3 ^e jaars leerling
verbinden van brandwonden of fistels	1 ^e jaars leerling	3 ^e jaars leerling	2 ^e jaars leerling

Aangezien de opleidingen van alle ziekenhuizen als gelijkwaardig worden beschouwd, moeten deze eisen ook eenduidig vast te stellen zijn. Het belang van deze uniformiteit spreekt voor zich.

De wisselende drukte.

Vervolgens wil ik de aandacht vestigen op de sterk wisselende hoeveelheid werk, waar men op de verpleegafdeling tegenover staat. In één der ziekenhuizen vonden we via arbeidsstudie de bijgaande grafiek (fig. B.1) die als karakteristiek voor vele chirurgische afdelingen kan worden beschouwd. Aangegeven is het verloop over de dag van het aantal benodigde verplegenden. In het betreffende ziekenhuis zorgde een ingewikkeld dienstrooster ervoor dat steeds ongeveer het benodigde aantal personeelsleden aanwezig was.

Om het personeel minder wisselend te belasten en het dienstrooster eenvoudig en aangenaam voor het personeel te maken, is het nuttig de taken meer gelijkmatig over de dag te verdelen.

We zien dat het begin van de morgen het drukste is met verplegen en

BENODIGD
PERSONEEL

REST

VERZORGEND
++++++
VERPLEGEND

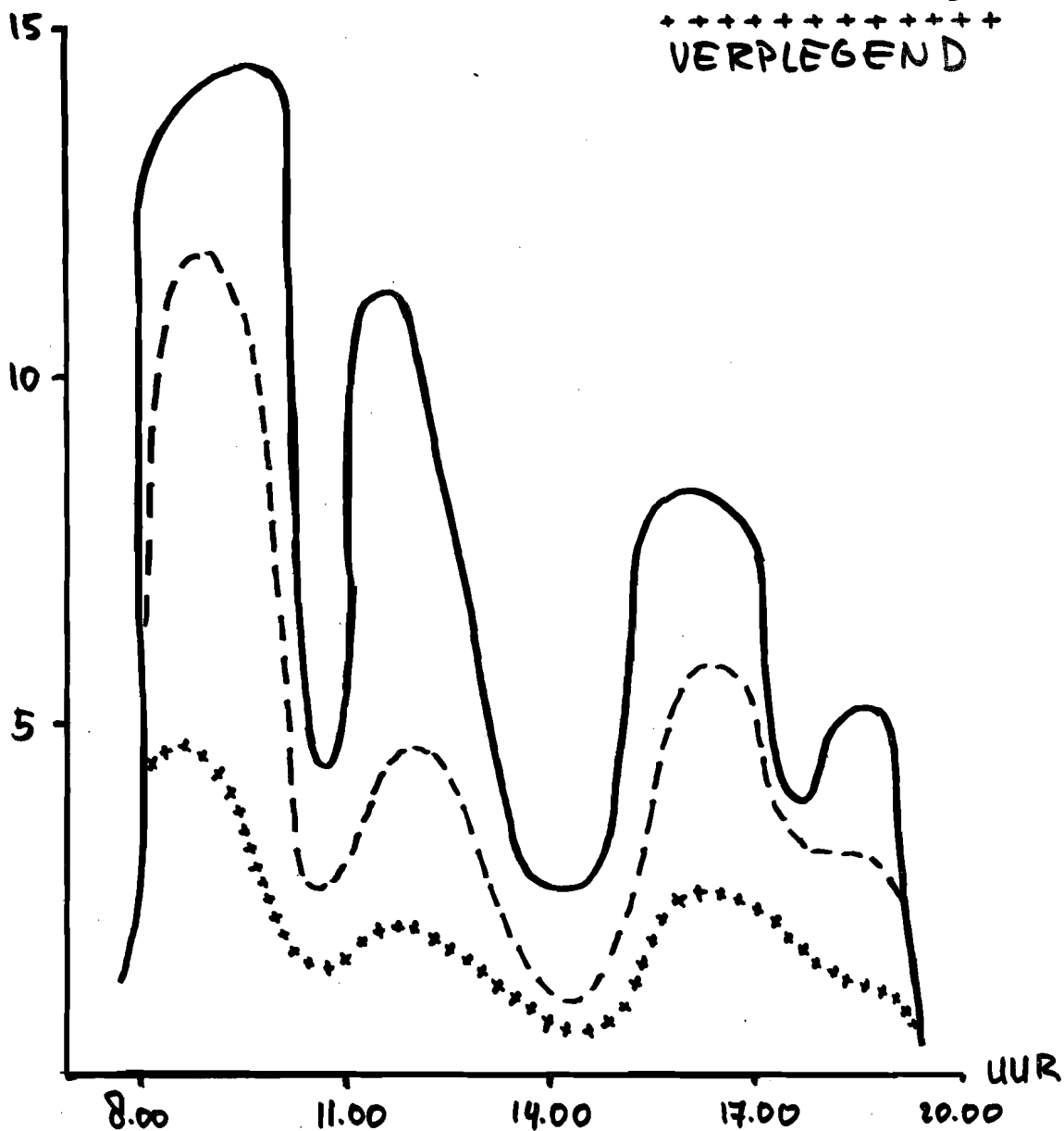


fig. B1

VERLOOP OVER DE DAG VAN HET AANTAL
BENODIGDE VERPLEGENDEN

verzorgen, dan komt de koffiepauze, daarna de doktersvisite, gevolgd door vooral huishoudelijk werk. De twee uur durende middagpauze (rustuur + bezoeker) levert vrijwel geen werk op, terwijl de middag een stukje herhaling van de morgen bevat. Voor een gelijkmatiger verdeling van het werk moeten we dus werk van de ochtend naar de middag en pauze brengen.

Uit de details van deze studie komen daartoe de volgende suggesties:

's-Morgens de bedden afgehaald en eventueel verschoond, terwijl de te wassen patiënten een "grote beurt" krijgen. 's-Middags wordt het bed nog eens rechtgetrokken en krijgt de patiënt nog een "kleine beurt" (verbinden, wassen naar behoefte enz.).

Als nu zowel bed als patiënt hun "kleine beurt" in de morgen en hun "grote beurt" in de middag krijgen, wordt de drukke ochtend ontlast en de rustiger middag wat meer belast.

In de morgen treffen we aan, wat ik zou willen noemen, 'de race naar de doktersvisite': voor het vroegst mogelijke tijdstip van de visite moeten bepaalde werkzaamheden verricht zijn. Deze eisen komen vaak van artsen, maar ik ben ervan overtuigd, dat door overleg met hen deze situatie verbeterd moeten kunnen worden.

Een groot deel van het werk dat onafhankelijk van de patiënten gebeurt, zoals spoelwerk en administratie, kan de lange middagpauze opvullen.

Naar aanleiding van de sterk wisselende drukte in de ziekenhuizen nog de volgende opmerking:

Terwijl van veel patiënten het ziekteverloop vrij nauwkeurig te voorspellen is, wordt weinig met deze informatie gedaan.

Indien men nu weet dat een patiënt over vijf dagen naar huis mag, ook al is dat niet honderd procent zeker, dan zijn daarin geïnteresseerd:

- Die patiënt zelf.
- De afdeling opname die dan kan zorgen dat niet allemaal bewerkelijke patiënten tegelijk komen.
- De volgende patiënt voor het betreffende bed.
- Zijn werkring of eventueel benodigde gezinshulp.
- Meestal worden maar weinig van deze groepen op de hoogte gebracht.

Dienstroosters.

Het opstellen van dienstroosters kost de afdelingshoofden vele hoofd-

brekens. Het is duidelijk werk van een heel andere aard, dan waarmee ze zich dagelijks bezig houden en velen hebben er dan ook een grondige hekel aan.

Omdat het opstellen zoveel tijd kost, is iedere vereenvoudiging welkom.

De veel voorkomende lange pauze (+ twee uren) rond het middaguur is voor het verplegend personeel een bezwaar. Hierdoor moet men 's-morgens vroeg beginnen en is toch 's-avonds laat klaar. De lange pauze vormt een stuk vrije tijd met zeer beperkte mogelijkheden.

Dit bleek ook uit een enquête in twee ziekenhuizen. Het personeel van het ziekenhuis met veel verschillende, niet aaneengesloten diensten was hiermee aanmerkelijk ontevredener dan de mensen van het andere ziekenhuis, die weinig verschillende en aaneengesloten diensten hadden. Bovenstaande suggesties voor verdeling van het werk over de dag kunnen ook in dit opzicht hun bijdrage leveren. Als tijdens de rust- en bezoeken een hoeveelheid patiënt-onafhankelijk werk wordt gedaan, kan de middagpauze tot normale proporties worden teruggebracht. Het 'uitsmeren' van het werk over de dag levert de mogelijkheden voor een eenvoudig dienstrooster.

Taakinstructie.

In een aantal ziekenhuizen is een tendens merkbaar naar specialisatie in het verplegend werk. Hier en daar vinden we al een 'prikzuster', een 'verbandzuster' enz.

In het bedrijfsleven valt, na jaren van steeds verdergaande specialisatie, juist een tegengestelde tendens waar te nemen. In een aantal bedrijven vinden onder de naam taakstructurering de volgende veranderingen plaats:

De man die aan een lopende band steeds één onderdeel aan het produkt zette, zet nu alleen of met een kleine groep collega's hele produkten in elkaar. Deze man of groep is daarbij verantwoordelijk voor een gecompliceerde taak (bijv. 10 ijskasten per dag maken), die voor een groot deel naar eigen inzichten verrichten kan worden.

Dit alles komt ten goede aan de werker, die minder eentonig werk doet en meer invloed op zijn eigen werksituatie heeft. Verantwoording legt hij af over het resultaat, in plaats van over de details van zijn werk, zodat hij zijn verantwoordelijkheidsgevoel doelmatiger beleeft.

Voor het produkt is het belangrijkste voordeel een grotere aandacht voor de samenhang van het geheel in plaats van voor één onderdeel.

Deze voordelen zijn ook typisch voor de verpleging van belang:

De verplegende werkt met meer plezier en zal de verantwoordelijkheid voor het resultaat van het werk beter beleven.

De patiënt ziet niet steeds een andere verplegende, die slechts aandacht heeft voor zijn temperatuur of zijn verbandje, maar steeds één of twee, die aandacht kunnen hebben voor zijn persoon als geheel.

Besluit.

Beschouwen we tenslotte de gedane voorstellen aan de hand van de eerstgenoemde criteria, dan zien we:

Dat het vaststellen van de bevoegdheden van het personeel de effectiviteit zal bevorderen.

De gelijkmatiger verdeling van het werk over de dag zal de efficiency bevorderen, waarbij echter het welzijn van patiënt en verplegende enige beperkingen opleveren.

De hieruit voortvloeiende vereenvoudiging van het dienstrooster zal de efficiency dienen (eenvoudiger opstellen) en het welzijn van het personeel ten goede komen.

De invoering van taakstructurering (overigens een zeer ingrijpende verandering) zal de effectiviteit van het werkvermogen en het welzijn van zowel de verplegende als patiënt dienen.

Ik hoop hiermee enige richtingen aangegeven te hebben waarin verbeteringen gevonden kunnen worden.

De stages en afstudeerverslagen die ik heb gebruikt, waren van de hand van:

W. van Balen

E. van Cortenberghe

Ir. J.Th.P. van der Lans

C. Wielenga

Drs. P. Zwaga

C. ONDERZOEKEN NAAR DE MENINGEN VAN VERPLEGENDEN OVER HUN TAAK EN HUN AFDELING.

R.J.M. Mercx

I Relevantie.

Is het zinvol bij een studie over de organisatie van de verpleegafdeling de meningen van de verplegenden over hun taak en hun afdeling te betrekken?

Het lijkt een open deur intrappen:

- a. sociaal-etisch is het onhoudbaar hier geen rekening mee te houden.
- b. een slecht werkklimaat geeft volgens onderzoek lage satisfactie en binding en dus een groot verloop, resulterend slechte zorg voor de patiënt en extra kosten voor werving en opleiding voor de premiebetaler.
- c. een slecht werkklimaat geeft soc.psych. spanningen die direct zullen resulteren in een slecht therapeutisch gedrag van de verplegenden met weer alle consequenties van dien voor de patiënt en premiebetaler.

Tegen deze achtergrond is het merkwaardig te moeten constateren dat

- a. De weinige onderzoeken die in deze richting verricht en gepubliceerd zijn, blijken behoudens een enkele uitzondering, van zeer recente datum te zijn.
- b. In recente, fundamentele publicaties, zoals over het P-model van Hattinga-Verschure, wordt geen of nauwelijks aandacht besteed aan de verplegende (ben hier zelf ook schuldig aan: heb het concept Patiënt, ziekenhuis, gezondheidszorg op weg naar 2000 van kanttekeningen mogen voorzien).
- c. Blijkbaar zonder fundamenteel-structureel onderzoek en discussie over dieper liggende oorzaken en consequenties is er in Nederland momenteel een stroming, die meent dat de zeer essentiële verpleegfunctie in de grote ziekenhuizen het beste door de persoon van de geneesheer-directeur in het directiebeleid geïncorporeerd kan worden. Van de andere kant zijn deze feiten niet zo verwonderlijk na de analyse over de structuur van de verpleegafdeling in Nederland die U zojuist van Van Bergen gehoord hebt.

Wij zijn evenwel van mening, dat zowel in het belang van een optimale patiëntenzorg, als van uit sociaal-etische motieven zeer veel aandacht aan deze belangrijke categorie besteed zal moeten worden.

In het nu volgend overzicht zijn over het algemeen de in deze context relevante resultaten van het onderzoek vermeld, zonder aandacht te schenken aan de methodologie. Dit heeft zijn bezwaren: wil men e.e.a. toepassen dan dient men eerst na te gaan of het betreffende onderzoek voor deze toepassing wel voldoende betrouwbaar is.

II Nederlands onderzoek.

1. de Moor-Stouthard: Verpleegsters over hun beroep (1959).

Interviews met 121 verpleegsters uit 18 ziekenhuizen en inrichtingen, later aangevuld met schriftelijke enquête met 1169 respondenten. De in deze context belangrijkste resultaten:

- x verpleegster wil zinvol werk hebben in een actieve persoonlijke relatie met patiënt. Het werk moet afwisselend en ambulantly zijn. Ze moet zich nuttig en onmisbaar weten.
 - x 75% tevreden met haar beroep, onafhankelijk van het huis (inrichting)
 - tevredenheid met het huis varieerde significant met het huis
 - ontevredenheid met het beroep → ontevredenheid met het huis (het omgekeerde is niet het geval).
 - beroepstevredenheid vooral afhankelijk van mogelijkheid tot contact met patiënten; indien dit contact er is zijn andere, op zich negatief gepercipieerde omstandigheden bijkomstig. (huishoudelijk werk etc.)
 - tevredenheid met huis afhankelijk van personeelsbeleid en intermenselijke verhoudingen. Voornaamste determinant personeelsbeleid is regeling diensttijden.
- Opmerkelijk verband tussen perceptie diensttijden en oordeel over het huis.

2. Een aantal onderzoeken door het Ned. Instituut voor Preventieve Geneeskunde Leiden (betr. leiderschap).

Soorten leiderschap:

- x sociaal: openstaan voor communicatie omlaag en omhoog in de hiërarchie.
 - aanmoedigen in plaats van straffen.
 - verkleinen afstand tot ondergeschikte.
- x instrumenteel: aandacht voor arbeidsprestatie.
 - regelen en organiseren van het werk.
- x evenwichtig: openheid, zekerheid en rust in optreden.
- x dynamisch: open voor veranderingen en verbeteringen.

a. Cassee: Leiding geven. 1966.

Enquete gehouden bij deelnemers stafcursus verplegenden, ambtenaren in overheidsdienst en bazen in bedrijven:

rang no.	industrie	overheid	ziekenhuis
1 zwak → 12 sterk			
sociaal leiderschap	9	11	5
instrumenteel "	8	2	7
evenwichtig "	12	10	4
dynamisch "	6	3	1
1 zwak → 3 sterk			
tevredenheid met directe chef	3	2	1

- Leiderschap in ziekenhuizen is het zwakst ontwikkeld.
- Binnen het ziekenhuis het meest instrumenteel leiderschap.

- x Voor tevredenheid met directe chef is sociaal en evenwichtig leiderschap doorslag gevend.
- x Diverse vormen van leiderschap sluiten elkaar niet uit.

→ Tevredenheid met directe chef in ziekenhuizen, dus een facet van het werkklimaat, is te verbeteren door meer sociaal en evenwichtig leiderschap.

b. Cassee: Leiderschap en rolbegrenzing in een ziekenhuis. 1967.

Onderzoek in Zuidwal-Ziekenhuis te 's-Gravenhage. Hier zijn artsen in opleiding.

rang no.	A → A	A → V	HV → V
1 → 5 sterk			
soc. leiderschap	4	3	1
instr. "	3	2	5

A = arts V = verplegende HV = hoofdverplegende

- Leiderschap A → V is het minst ontwikkeld (med. en verpleegkundige hiërarchie komen samen in de directie).
- Bij HV is het instrumenteel leiderschap sterk overheersend. (Zie

inleiding van Van Bergen).

Artsen wensen geen verantwoordelijkheid op verpleegkundig terrein. Hoofdverplegenden daarentegen menen zekere bevoegdheden te hebben op medisch terrein. De artsen delen deze mening niet (geblokkeerde emancipatie).

- naarmate verschil van mening tussen artsen en hoofdverplegenden groter is, neemt verloop verplegenden toe.
- naarmate artsen meer sociaal leiderschap t.a.v. verplegenden manifesteren (opwaarste communicatie stimuleren) is er bij de verplegenden een grotere binding en minder ziekteverzuim.
- bij relatie HV → V heeft toename van sociaal-, evenals toename van instrumenteel leiderschap, een gunstige invloed op binding en verzuim.

Conclusies:

Verloop en verzuim bij verplegenden kunnen tegengegaan worden door o.a.

- duidelijkheid over verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen medici en hoofdverplegenden.
- meer sociaal leiderschap bij de medici t.o.v. de verplegenden.
- meer sociaal leiderschap bij de hoofdverplegenden.

(instrumenteel leiderschap is meestal wel voldoende aanwezig)

3. Opleiding leerling verplegenden.

a. Cassee. Enkele sociologische aspecten van de opleiding in ziekenhuizen (1968).

Longitudinaal onderzoek van één jaargang leerling verplegenden in één ziekenhuis.

- binding aan beroep en ziekenhuis:
daling gedurende de opleiding; met een scherpe daling betr. beroep in 2^e jaar. Bij gediplomeerd verplegenden zijn beiden weer hersteld op ongeveer het uitgangspunt.
- verafgoding arts: scherpe daling in vooropleiding. In de klinische periode gaat daling door, maar geleidelijker.
- perceptie van de absoluteheid van het gezag van hoofdverplegenden: vermindert tijdens de opleiding.
- men verwacht naar gelang opleiding vordert minder persoonlijke aandacht van de hoofdverplegende.
- naar gelang opleiding vordert is men steeds meer geneigd de

patiënt de mond te "snoeren" tijdens de visite van de zaal-arts.

→ steeds meer geneigd patiënten zich aan vastgestelde tijden te laten houden.

→ leerlingen leren het meeste van gediplomeerde verpleegsters (niet hoofdverplegenden).

Conclusie:

Steeds grotere conformatie aan de "adat" van gediplomeerden verplegenden.

In dit kader werd door het NIPG-TNO een literatuur onderzoek naar doelmatig gedrag (therapeutisch gedrag) van de verplegenden ingesteld.

Blijkens onderzoeken in 1966 (Revans, Davis en Johnson) is behalve goede verpleegtechnieken, open communicatie op afdeling en met patiënten bevorderlijk voor herstel: de verpleegduur vermindert significant.

Volgens het onderzoek van NIPG bij Nederlandse verpleegafdelingen is deze situatie niet of nauwelijks aanwezig. Dit wordt bevestigd door studie van Van Bergen.

Conclusie:

Klimaatverandering is noodzakelijk in open overleg tussen directie, afdelingen en opleiding.

3.b. Zwaga.

Arbeidsmotivatie, satisfactie en binding aan werk en ziekenhuisorganisatie van leerling verplegenden (1971).

Zal door Zwaga zelf kort samengevat worden.

3.c. Wouters.

Onderzoek naar de redenen van verloop bij leerling verplegenden van het St. Radboudziekenhuis (1970).

→ verloop blijkt grotendeels terug te voeren op hoge vooropleiding en gebrekkige voorlichting over het beroep.

Er is geen onderzoek gedaan naar opvangmogelijkheden van met name de eerste categorie, in de opleiding en in de praktijksituatie.

3.d. v.d. Meer.

Een exploratief onderzoek naar doelstellingen en leerstof voor een geïntegreerde beroepsgerichte basisopleiding tot verpleegkundige (1971).

Enquete onder hoofden van opleidingen, van afdelingen en leerlingen uit examengroepen van A - B en Z inrichtingen.

→ Geoperationaliseerde doelstellingen en leerstof wordt door 75% van alle categorieën onderschreven → centrale opleiding mogelijk.

→ Het aanbrengen van sociale kennis wordt belangrijker geacht dan medische kennis.

→ Aan houdings- en gedragsaspecten worden zeer hoge waarden toegekend.

4. Alg. Prov. Stads- en Academisch Ziekenhuis Groningen.

Enquete Vrouwenkliniek (1970).

Enquete onder alle medewerkers inclusief medische staf van de Vrouwenkliniek (op verzoek van medische staf).

→ Bij de verpleegdienst blijken de voornaamste problemen te liggen op het gebied van kleding, verlofregeling, communicatie, samenwerking en werkverdeling.

→ Betreffende communicatie ligt er een "gap" tussen arts en verplegende, arts - patiënt en leidinggevende - leerling. Artsen onderkennen dit probleem nauwelijks, leidinggevendenden meer.

5. Diaconessenhuis Eindhoven.

Enquete Verplegenden (1970).

Enquete voornamelijk gericht op bouwkundige en technische voorzieningen van de huidige verpleegafdelingen in verband met programma van eisen voor de nieuwbouw. Enkele vragen over het werkklimaat zijn hierbij meegenomen.

→ Tevreden over layout en inrichting verpleegafdeling.

→ Een aantal zwakke punten zoals met name sanitaire voorzieningen, klimaatregeling alsmede ramen en deuren, zijn duidelijk naar voren gekomen.

→ Verplegenden hebben plezier in hun werk.

→ Er blijken problemen op het vlak van het leidinggeven te bestaan.

III Buitenlands Onderzoek.

1. Georgopoulos en Matejko (1967).

Groot Amerikaans onderzoek onder 2400 medewerkers inclusief medische staven van 41 ziekenhuizen.

→ tevredenheid over:

- kwaliteit van het ziekenhuis
- onderlinge contacten en informatie
- arbeidssatisfactie
- verhouding leidinggevende - ondergeschikte

alsmede de perceptie betreffende de tevredenheid van de patiënten, hadden een positief verband met de hoogte van de status van de betreffende groep respondenten.

2. Oxford Regional Hospital Board (1970).

Vergelijking van de verpleegafdelingen van twee ziekenhuizen nl. een dubbel corridor en een enkel corridor afdeling. De verplegenden o.a. zijn hierover geenqueteerd. De gemaakte opmerkingen betreffen hoofdzakelijk technische details. Overigens een schoolvoorbeeld van een goed interdisciplinair onderzoek.

3. Frites, Galbraith, Sturdavant en Lechward (1970).

Vergelijking radiale- dubbel- en enkelcorridor afdelingen van het Rochester Methodist Hospital.

→ Verplegenden prefereerden de radiale afdeling.

4. SPRI-enquete ziekenhuis Västmanland (1970).

(Zweeds Instituut voor planning en rationalisatie van de dienst van de volksgezondheid).

Enquete voor het gehele personeel inclusief medische staf.

→ 2/3 van het personeel is sterk betrokken bij hun werk (vooral artsen, verplegenden en paramedisch personeel). Belangrijk is hiervoor: contacten met collega's en interessant werk.

→ 46% vindt dat werk rondom de patiënt soepel verloopt (artsen zijn positiever).

→ 29% van de verplegenden vindt dat de ziekenhuisleiding met hun wensen betreffende de werksituatie rekening houdt (artsen 57%).

→ personeel vindt dat de assistenten, verplegenden, paramedisch personeel, de verzorgsters en vooral de patiënten, zelf meer invloed moeten hebben op de **omgeving en het verzorgen van de**

patiënt, alsmede op verbouwing en uitbreiding.

- personeel vindt, dat de situatie vooral verbeterd kan worden door betere informatieuitwisseling en contacten; de artsen zoeken het evenwel vooral in betere coördinatie en meer hulpmiddelen.
- storingen, waardoor patiënten moeten wachten op onderzoek en behandeling, komen volgens artsen en personeel nauwelijks voor. De helft van de dienaangaande geïnterviewde patiënten vonden dat ze te lang moesten wachten.

IV Samenvatting.

Er is relatief weinig onderzoek verricht. Toch zijn wel enige zaken duidelijk geworden:

1. Verplegenden willen zinvol, afwisseld en ambulant werk hebben in actieve persoonlijke relatie met patiënt.
2. Een goed dienstrooster is van belang voor de binding met het ziekenhuis.
3. Het werkklimaat voor de verplegende kan verbeterd worden door:
 - a. meer sociaal en evenwichtig leiderschap van de hoofdverplegende
 - b. meer sociaal leiderschap bij de artsen t.o.v. de verplegenden
 - c. meer duidelijkheid over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van artsen, hoofdverplegenden en verplegenden
 - d. maatregelen ter bevordering van een open communicatie op de afdeling, ook met artsen en patiënten.
 - e. meer inspraak van het uitvoerend personeel omtrent werkomstandigheden en werksituatie.
4. Er zijn geen fundamentele verschillen gebleken tussen de resultaten van onderzoek in Nederland, Engeland, Amerika en Zweden.

D. ALTERNATIEVE STRUCTUREN OP DE VERPLEEGAFDELING.

B. van Bergen

Dames en Heren,

Wanneer men de organisatie van de verpleegafdeling wil gaan veranderen, dient men lering te trekken uit de negatieve gevolgen van de traditionele structuur, en dient men ook oog te hebben voor de huidige en toekomstige ontwikkelingen op het gebied van de organisatie der verpleegkundige zorg.

Het is misschien interessant even op te merken dat lijnrecht tegenover dit voornemen, ontwikkelingen te bespeuren zijn naar een taylorisatie van de werkzaamheden op de verpleegafdeling.

"Men wil door een sterke specialisatie van taken naar elementaire standaardhandelingen, (zusters voor het prikken, voor het wassen, voor het eten etc.), in het ziekenhuis een meer fabrieksmatige aanpak doorvoeren. In deze ontwikkelingen herkent men de elementen die in andere bedrijven de vervreemding van het personeel ten aanzien van de arbeid in de hand hebben gewerkt". Dit is ook door Nijhuis in zijn inleiding opgemerkt.

Daarnaast kan men zich voorstellen wat de gevolgen van deze arbeidsverdeling voor de patiënt betekenen.

Veranderingen dienen er op gericht te zijn zodanige voorwaarden te scheppen, dat de leden van de verpleegafdeling gemotiveerd blijven een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de zorg voor de patiënt. Nu zijn er binnen de sociale wetenschappen accent-verschillen ten aanzien van de manier waarop men de problemen die mensen in arbeidsorganisaties ervaren, moet oplossen.

Zo vestigt een bepaalde denkrichting de aandacht op de aard der interpersoonlijke contacten in arbeidsorganisaties. In de organisatie zoals Likert die zich bijv. voorstelt, is een van de belangrijkste integratieve principes, dat van de 'supportive relationship', de relaties die men als steun gevend ervaart. Een zeer belangrijke rol hierbij speelt de aard van het leiderschapsgedrag. Het leiderschapsgedrag dient zodanig te zijn, dat in alle interactie binnen de organisatie, elke deelnemer tegen de achtergrond van zijn waarden en verwachtingen, deze interactie als 'supportive' ervaart, en dat hij hierop zijn gevoel van persoonlijke waarde kan baseren.

Bijzonder weinig aandacht besteden de vertegenwoordigers van deze richting aan de voorwaarden die vervuld moeten zijn, wil men tot dit soort gedrag komen. Daarnaast is de kans groot, dat men het werk zelf

als bron van arbeidsvreugde gaat verwaarlozen.

Andere richtingen binnen de gedragswetenschappen schenken daarentegen wel veel aandacht aan de relatie tussen taakstructuur en arbeidsgedrag. Uitgangspunt hiervan is dat men door een andere structurering van het werk de voorwaarden schept voor meer arbeidsmotivatie en -satisfactie, en dat, door een betere afstemming van het technische en sociale systeem de effectiviteit van de organisatie zal toenemen. Dat men inderdaad, door in te grijpen in de taaksituatie een zeer belangrijk mechanisme hanteert, moge blijken uit resultaten van onderzoek in binnen- en buitenland met taakstructureringsexperimenten. Wanneer men nu veranderingen in de technologie gaat doorvoeren op de verpleegafdeling, dient men uit te gaan van de patiënt als psychosomatische eenheid.

Op operationeel niveau betekent dit een ontverticalisering van de afdelingsstructuur, d.m.v. een grotere spreiding in en verruiming van de handelingspakketten der deelnemers, met de bedoeling een flexibiliteit in de structuur aan te brengen, die aanpassing aan de specifieke en unieke kenmerken van de patiënt vergemakkelijkt.

Veranderingen in de technostructuur alleen zijn echter niet voldoende om een ander samenwerkingsverband ook te doen functioneren. Hiervoor is nodig, dat er ook veranderingen plaatsvinden in de elementen van het waarden en normen complex dat legitimiteit verschaft aan de nu bestaande gang van zaken. Verbijzonderd tot de deelnemers betekent dit, dat men door een gerichte begeleiding zal moeten proberen, bepaalde veranderingen in de meningen en opvattingen door te voeren om te voorkomen, dat er anders hierdoor negatieve effecten uitgeoefend worden op de werking van het veranderde arbeidsveld.

Het ligt in de lijn van verwachtingen dat dit onderdeel van het proces van verandering langdurig en moeizaam zal zijn; immers, de veranderingen in de taak- en functieomschrijvingen impliceren veranderingen in de status- en machtsverhoudingen.

Gegeven de wenselijkheid en het belang van verandering, en gegeven het feit dat er voor praktijkfunctionarissen mogelijkheden zijn om gebruik te maken van de kennis en de instrumenten van wetenschappelijk onderzoek, is aan hen de keus om de voorgestelde richtingen ook in te slaan. In hoeverre men dat ook wil doen zal nog moeten blijken.

Dit neemt echter niet weg dat er de laatste jaren in diverse ziekenhuizen geprobeerd wordt om tot een betere samenwerking te komen. Voorbeelden hiervan zijn de experimenten met groepsverpleging en individuele totale zorg en samenwerkingsverbanden zoals de entente-organisatie of het radenmodel. Al deze arbeidsorganisaties zijn er

op gericht de medische en verpleegkundige zorg beter tot zijn recht te laten komen. Daarnaast wil men er mee bereiken dat de leden van een verpleegafdeling zich bewust worden van elkaars verwachtingen en kunnen reflecteren ten aanzien van hun eigen taal en eigen verantwoordelijkheid.

E. DE ENTENTE-ORGANISATIE VAN HET ANTONIUS ZIEKENHUIS TE SNEEK.

B. van Bergen

Een voorbeeld van een hernieuwde vorm van samenwerking is door Groffen neergelegd in zijn dissertatie 'horizontaal organiseren'.

Mogelijkheden voor horizontalisering acht hij aanwezig door toepassing der denkbeelden van de ententeorganisatie (het begrip wordt hier gebruikt in de betekenis van goede verstandhouding, overeenstemming.)

Deze organisatievorm houdt volgens hem in dat 'het totale werk van een bedrijf zodanig wordt verdeeld dat ieder lid der organisatie een terrein van eigen specialistische activiteiten, heeft gefundeerd in een gemeenschappelijke activiteit op een werkterrein, waar slechts groepsbesluiten kunnen worden genomen. Beide beslissingsterreinen, het individueel-specialistische, en het gemeenschappelijk algemene, vormen in hun samenhang de entente.

Groffen verbijzonderd deze gedachte naar een organisatiemodel van het ziekenhuis. Hierin onderscheidt hij een aantal ententes. Ik beperk mij nu tot zijn gegevens omtrent de verpleegafdeling, want daar gaat het hier nu om. Groffen stelt dan: "De verpleegstaf heeft als entente tot taak door aangepaste maatregelen de verpleegkundige werk-omstandigheden, intern in stand te houden: de afdelingshoofden behartigen de omstandigheden van hun afdeling en de adjunct-directrice zorgt voor de belangen van het ziekenhuis als geheel en de aanpassing van het verpleegwerk aan de buitenwereld. Tussen de medicus-specialist en het afdelingshoofd is de afdeling gelegen. Via de genoemde personen zijn de afdelingen in het geheel der organisatie opgenomen. Dat afdelingen als ententes zijn gestructureerd wil zeggen dat er reciprociteit (wederkerigheid), in de beïnvloeding moet zijn tussen de leden die in een entente verenigd zijn. Voorts moeten deze leden deelnemen in de besluitvorming met betrekking tot een gemeenschappelijke taak, doch daarnaast ook zelfstandige taken hebben, welke in die gemeenschappelijke taak hun fundering vinden".

"Bij het streven naar deze zelfstandige taak, neemt de leerling-verplegende een aparte plaats in. In de pedagogische relatie gedurende haar opleiding is zij onderweg naar een zelfstandigheid die de gediplomeerde al heeft. De hulp die de leerling nodig heeft, dient als vervanging van de eigen zelfstandigheid, die in werking treedt, zodra de leerling in staat is zelf een handeling te verrichten of een initiatief te nemen".

Op de verpleegafdeling speelt het afdelingshoofd een belangrijke rol in het proces van verandering. In haar functie vindt nl. centralisa-

tie plaats van belangrijke informatie over de gang van zaken. Zij is de enige die alle gegevens kan overzien waarmee het werk wordt vastgesteld. Verzet van hoofdverplegenden tegen verandering op 'hun' afdelingen, verzet tegen het spreiden van deze gecentraliseerde informatie, kan een belangrijke hindernis gaan vormen voor verandering. Er is dames en heren, een ziekenhuis waar men het heeft aangedurfd om in het lopende bedrijf naar horizontalisering te streven door te trachten een aanzet te geven tot realisering van de denkbeelden van Groffen.

In het reglement 'interne organisatie' van dit ziekenhuis wordt een verantwoording gegeven, van de redenen die men had, om het verwezenlijken van het ententemodel na te streven. Naar hun mening is de klassieke lijnorganisatie met haar eenzijdige gezagsverhoudingen minder geschikt om de doelstellingen van het ziekenhuis te verwezenlijken. In de entente-structuur ligt de nadruk op coördinatie in plaats van op bevelvoering.

De afdelingsentente bestaat uit alle medewerkers op een afdeling en kiest uit haar midden een voorzitter en een secretaris. Het afdelingshoofd en het sub-hoofd zijn van verkiezing uitgesloten; dit, om een discrepantie tussen discussieleider en informatieverschaffer te voorkomen. De frequentie van de afdelingsvergaderingen wordt vastgesteld afhankelijk van de aard der afdeling in overleg tussen voorzitter en het betreffende hoofd van de dienst. Verslagen van deze vergaderingen zijn schriftelijk opdat ook afwijkende meningen tot een hogere geleiding door kunnen dringen.

Het is de doelstelling van de afdelingsentente om door communicatie tussen de werkers op een afdeling en tussen de werkers en het hoofd van een afdeling te komen tot een optimaal functioneren van de afdeling als onderdeel van het geheel. Dit doel tracht de entente te bereiken door:

A. Het plegen van werkoverleg de afdeling betreffend, door het scheppen van een goed werkklimaat, door bezinning op en het doen van voorstellen ten aanzien van de organisatie en het werkklimaat op de afdeling, door de medewerking aan de tot stand koming en uitvoering van maatregelen, die ter zake van de eigen afdeling genomen worden en door alle overige middelen, die voor een goede communicatie zowel onderling als met de leiding van het ziekenhuis bevorderlijk zijn. Gesprekken met leden van dit ziekenhuis gaven een beeld van de problemen die zij bij verandering ontmoeten.

De resultaten hebben, voor wat betreft de werking van een aantal verpleegsafdelingssententes, niet het peil van de verwachtingen bereikt.

Andere ententes, zoals bijv. de bedrijfs-staf, werkten daarentegen wel goed.

Het is dan bijzonder belangrijk om te proberen hiervoor een verklaring te vinden, want de mogelijkheid voor analyse van een proces wat zich hier afspeelt, kan een indicator zijn voor het belang van de keuze der te volgen strategie bij het streven naar verandering in andere situaties. Ik ben de directiestaf van dit ziekenhuis dan ook zeer erkentelijk dat zij hun werkwijze zo openlijk ter discussie heeft willen stellen.

Laat ons nu een mogelijke verklaring trachten te vinden voor de vraag waarom er slechts gedeeltelijk geparticipeerd wordt op een aantal verpleegafdelingen. Het entente-model is van directiezijde geïnitieerd. De directiestaf voelde zich sterk tot dit arbeidsmodel aangetrokken en heeft d.m.v. lezingen en gesprekken, geprobeerd de opzet en bedoelingen van dit organisatieverband duidelijk te maken. Men is er mogelijk teveel van uitgegaan, dat wanneer men mensen de werking van een model uitlegt, en hen de redenen aangeeft waarom men zo'n model heeft gekozen, zoals de mogelijkheid tot zelfverwerkelijking en autonomie, dat mensen hierdoor ook gemotiveerd zouden worden om op de afdelingen de werking van dit model te effecteren. De realiteit is echter dat er een aantal hoofden van afdelingen zijn die moeite hebben met het in werking zetten van dit model; moeilijkheden die niet zozeer hun grond vinden in zakelijke argumenten, maar gebaseerd zijn op een waarden en normen patroon, dat men niet of slechts bijzonder moeilijk kan verlaten. Gegeven hun huidige functie-omschrijving kunnen die hoofden deze verandering in sterke mate afremmen. Dit betekent, dat men in de op verandering gerichte strategie er in de dagelijkse werksituatie voor moet zorgen, dat er zodanige voorwaarden worden geschapen voor de andere leden van de afdeling, dat zij hun eventuele wensen tot deelneming wel tot uitdrukking kunnen brengen. Deze voorwaarden dient men vast te leggen, te institutionaliseren. Ik noem bijv. als mogelijkheid het vastleggen van termijnen waarbinnen afdelingsentente-vergaderingen gehouden moeten worden. Tot nu toe gebeurt dit wanneer men dit zelf nodig acht. Door het vastleggen van een termijn, kan de afhankelijkheid die het entente-hoofd heeft ten opzichte van het afdelingshoofd verminderd worden. Deze afhankelijkheid is nu nog aanwezig, omdat o.a. de informatie centraal blijft, in de functie van het afdelingshoofd en uit hoofde van die functie weer verspreid. Het ententehoofd is nu niet in staat bepaalde argumenten op hun juistheid te beoordelen.

Wanneer dan ook een afdelingshoofd het op grond van haar overtuiging niet juist of verantwoord acht om wijzigingen op de verpleegafdeling door te voeren, en wanneer als gevolg daarvan de werksituatie in ongewijzigde vorm gehandhaafd blijft, zal de situatie van afhankelijkheid van de andere deelnemers gecontinueerd blijven.

Dit betekent dat de socialiserende invloeden van de werksituatie gericht blijven op een socialisatie in afhankelijkheid in plaats van op de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid die het horizontale organisatiemodel tracht te bereiken. De kans is groot dat men dan weer in de vicieuze cirkel terecht komt waarin zich vele ziekenhuizen bevinden nl. dat verplegenden die slechts in beperkte mate verantwoordelijkheid en zelfstandigheid hebben ervaren in hun werk, wanneer zij eenmaal gediplomeerd zijn, mogelijkerwijs aangeboden verantwoordelijkheid afwijzen of hun onzekerheid maskeren in een controlerend gedragspatroon.

Wil men de doelstellingen die (het ententemodel beoogt, verwezenlijken, dan dient men ook het arbeidsgedragspatroon hier op af te stemmen. Met andere woorden, dan moet men zich de vraag stellen of het mogelijk is om taakinhoud en groei naar zelfstandigheid op elkaar af te stemmen; of het scheppen van speelruimte voor zaalverplegenden een verantwoorde zaak is.

Zonder de complexiteit van de zorg voor de patiënt te onderschatten zijn er mogelijkheden aan te wijzen, waardoor verplegenden ook verantwoordelijkheid kunnen leren dragen. Bijvoorbeeld een gedeeltelijke verantwoordelijkheid geven aan derde en vierde jaars leerlingen voor de taakvolbrenging van jongerejaars; het als onderdeel van een stage invoeren van 'het meelopen' van leerlingen met een afdelingshoofd om inzicht te krijgen in haar werkzaamheden; door derde en vierde jaars leerlingen op zaal visite laten lopen met de arts en hen de mogelijkheid bieden de daarvoor relevante informatie te verkrijgen. (inzage in medische en verpleegkundige statussen).

Aan vierde jaars en gediplomeerden delegeren van deeltaken van de hoofdverplegende, waardoor informatie meer gespreid wordt en eventuele vervanging minder moeizaam gaat. Deze delegatie maakt het misschien mogelijk dat de taakoverlading waar veel hoofden nu over klagen zal afnemen, en deze mensen meer tijd krijgen voor de begeleiding van de patiënten en de afdelingsleden. Hun controlerende taak zal dan pas inderdaad veel meer een coördinerende taak worden.

Hiermede wil ik beklemtonen dat veranderingen naar een ander samenwerkingsverband, en in dit geval het verwezenlijken van een verpleeg-

entente, naast het gebruik van sociaal-psychologische technieken, ook structurele wijzigingen in het directe arbeidsveld behoeft. Wijzigingen, die nodig zijn om een verandering in de afhankelijkheidsverhoudingen te bewerkstelligen. Pas dan zal men een entente-organisatie op basis van zowel individuele als gezamenlijke verantwoordelijkheid kunnen doen functioneren. Aan de denkbeelden over een op de patiënt afgestemde verpleegafdeling, waarin ook de aandacht voor de arbeidsrelaties tussen de afdelingsleden is opgenomen, is op verschillende manieren vorm te geven.

Naast de zojuist vermelde gegevens over de verpleegentente zijn er, zoals aan het begin van dit betoog vermeld werd, nog andere vormen van samenwerking en verpleging die in ontwikkeling zijn.

Maar al deze organisatievormen zijn er op gericht om door middel van verandering van de werksituatie in variabelen zoals bijv. het communicatiepatroon, de takenstructuur en de leiderschapsdimensies, een organisatieverband te ontwikkelen dat beter aansluit op de unieke karakteristieken van de patiënt en voor wat betreft het verplegend personeel, op zelfverwezenlijking in hun werk.

Voor een meer uitgebreide sociologische verhandeling van deze problematiek moge verwezen worden naar Van Bergen, B.J.A.M., De verpleegafdeling. Traditionele structuur en structureringsmogelijkheden. Rapport afd. Bedrijfskunde i.o., T.H. Eindhoven. 1972.

F. DE RADENORGANISATIE VAN HET ZIEKENHUIS TE HERDECKE.

P. Hagevoort

Aangezien ik slechts 15 minuten heb om u iets te vertellen over dit ziekenhuis en omdat de organisatie van het ziekenhuis als geheel, alsmede de werkzaamheden op de verpleegafdelingen nogal afwijkend zijn van die in Nederland, kan ik niet volledig zijn. Ik zal proberen om u een indruk te geven van de meest in het oog springende zaken.

Het referaat is gesplitst in 4 gedeelten:

1. De inventarisatie
2. De organisatiestructuur van het ziekenhuis
3. De organisatie op de verpleegafdeling
4. Enige uitkomsten van een enquête.

De inventarisatie.

Bij deze inventarisatie zal ik zo nu en dan van de hak op de tak springen. Ik wil u hierbij alleen maar een indruk geven van het ziekenhuis, zodat u in de gelegenheid bent de rest van het verhaal beter te plaatsen.

De organisatorische opzet van het ziekenhuis is gebaseerd op een aantal stellingen van de antroposofie. Er is geen hiërarchische maar een collegiaal-structuur. Zo is er bijv. geen geneesheer-directeur, geen hoofdzuster e.d. De beslissingen worden genomen in groepen. (zie fig. F1)

Het ziekenhuis is gelegen tussen Dortmund en Hagen. Het heeft 192 bedden die verdeeld zijn over 5 bouwlagen, waarvan de meeste 35 bedden hebben. De artsen zijn in dienst van het ziekenhuis. Het salaris van de artsen varieert van 4000-5000 DM per maand. De inkomsten van de artsen van zowel de particuliere- als van de ziekenfondspatiënten gaan naar het ziekenhuis.

Omdat de arts van de patiënt geen geld krijgt, is er tussen de arts en zijn patiënt slechts nog een medisch-menselijke betrekking.

Het inkomen van de artsen, verpleegsters e.d. is naar behoefte. Het is ondermeer afhankelijk van:

- a. of men getrouwd is
- b. de leeftijd
- c. het aantal kinderen (ongeacht of men getrouwd is).

In het ziekenhuis zijn de volgende specialismen vertegenwoordigd:

neurologie, chirurgie, interne, gynaecologie, kindergeneeskunde en k.n.o.

Totaal zijn er 16 artsen werkzaam.

De verpleegsters zijn te verdelen in 4 categorieën, te weten:

1. gediplomeerde verpleegsters
2. gediplomeerde hulpverpleegsters
3. niet gediplomeerde hulpverpleegsters
4. practicanten.

In het ziekenhuis zijn 3 verpleegklassen. De verschillen bestaan voornamelijk uit met 1, 2 of 4 op een kamer liggen, de keuze uit 3 maaltijden en een telefoon.

Het bezoek mag gedurende de gehele dag komen.

Er wordt onder andere gebruik gemaakt van de homeopatische geneesmiddelen. Het ziekenhuis is in november 1969 in gebruik genomen.

Ook bouwkundig gezien is het een interessant ziekenhuis, want bijv. de bouwkosten waren slechts 35000DM per bed. Het dubbele zou voor die tijd normaal geweest zijn. Alle groepen, zoals verpleegsters, artsen, administratief en technisch personeel komen regelmatig bij elkaar om problemen te bespreken of voorstellen te doen.

Alle artsen komen iedere avond bij elkaar om alle relevante ontwikkelingen van de patiënten te bespreken.

Men gaat er in het ziekenhuis vanuit dat het niet goed functioneren kan zonder de arts, maar ook niet zonder de werkster. In de ziekenhuisleiding zijn dan ook alle groepen vertegenwoordigd.

Tot zover de inventarisatie.

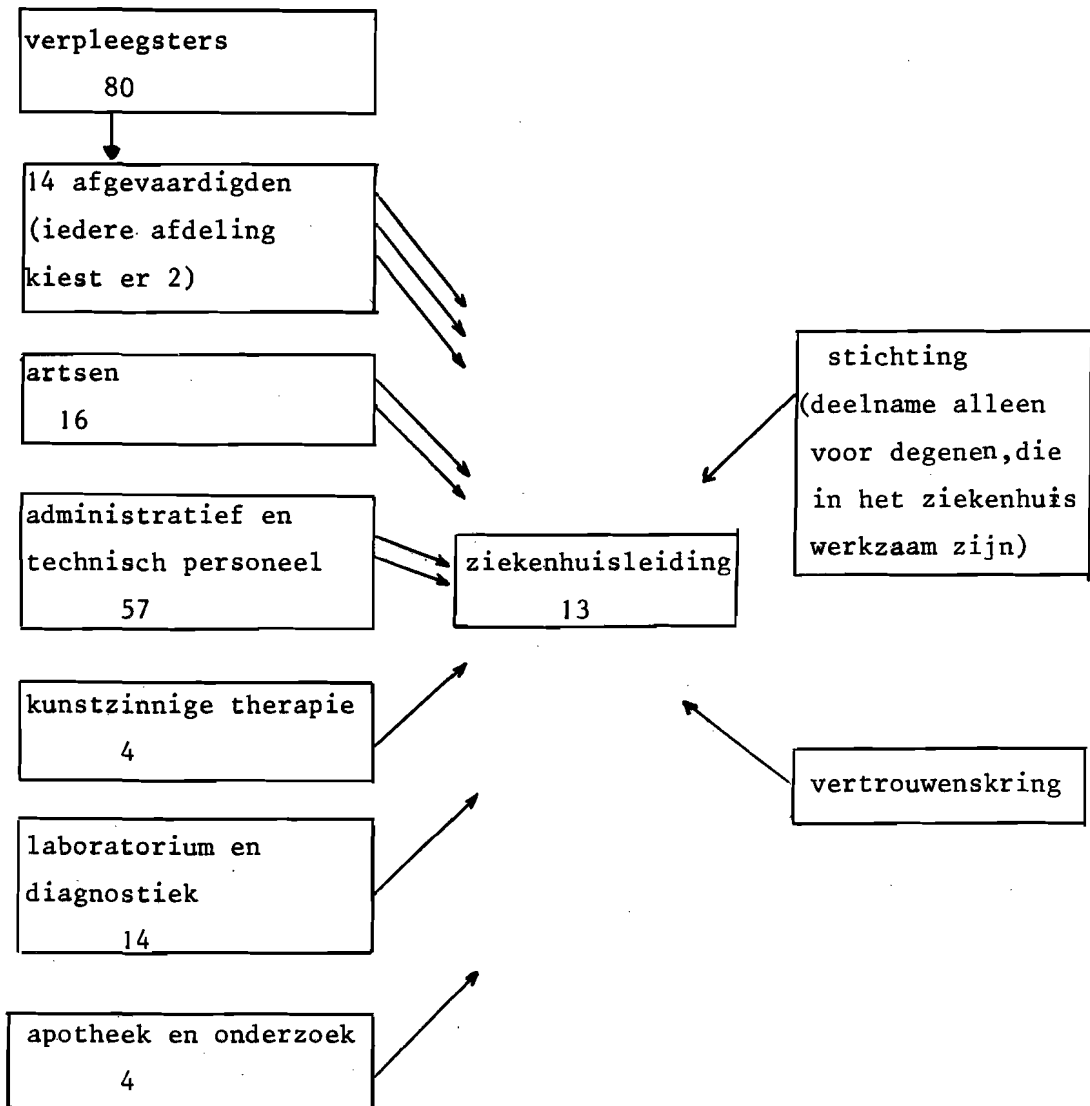


fig. F1. De organisatiestructuur van het ziekenhuis te Herdecke.

De organisatie op de verpleegafdeling.

De arts maakt (meestal s'morgens) zijn rondgang langs de patiënten. Er gaat dan ondermeer een verpleegster mee, de z.g. visite zuster. Deze verpleegster schrijft in een schrift alle handelingen die met de patiënt moeten gebeuren. Deze functie wisselt periodiek.

De visite zuster is er verantwoordelijk voor dat alle handelingen worden verricht. Ze controleert niet of het wel goed is, daarvoor is de betrokken zuster verantwoordelijk die de handeling heeft verricht. Bij het verdelen van de werkzaamheden na de visite van de arts, worden de werkzaamheden niet opgedragen, maar vraagt de visite zuster meer in de trant van "Wie doet dit" en "Wie doet dat", waarbij er zoveel mogelijk naar gestreeft wordt, dat niet iedereen steeds dezelfde werkzaamheden doet.

Behalve deze werkzaamheden zoekt de verpleegster zelf het werk. Als er iets op een bepaald moment moet gebeuren, dan doet ze dat uit zich zelf. Als voorbeeld kan worden gegeven een telefoontje van de operatieafdeling, dat er een patiënt moet worden opgehaald. Heeft de verpleegster die het telefoontje aanneemt er op dat moment tijd voor, dan doet ze het zelf en anders vraagt ze iemand anders. Ze blijft er echter wel verantwoordelijk voor dat het gebeurt.

Doordat de groepen waarin men werkt klein zijn, is de sociale controle groot. Men voelt zich in het algemeen zeer betrokken bij het werk. Hierbij moet nog worden opgemerkt dat vele verpleegsters wonen in de verpleegstersflat naast het ziekenhuis, zodat velen elkaar ook buiten de werktijden zien.

Onze ervaringen waren dat er in het algemeen hard gewerkt werd.

Het is niet verwonderlijk dat er in dit systeem wel eens een handeling in eerste instantie wordt vergeten (in hoeverre dit meer of minder is dan in Nederlandse ziekenhuizen is ons onbekend). Er zijn echter een aantal factoren die het aantal vergissingen beperken, zoals:

1. De arts bespreekt bij de visite vrij uitgebreid met de patiënt, hoe het hem gaat en wat er met hem gebeuren gaat (en soms waarom), waardoor de patiënt zelf kan signaleren als er iets vergeten wordt. (Als voorbeeld kan worden genoemd, de patiënt die s'morgens per ongeluk - ze moest namelijk geopereerd worden - een ontbijt kreeg. Ondanks het feit dat ze dit wist, heeft ze dit toch opgegeten. De reactie van de arts was: "Dat is erg dom van de patiënt, ze wist toch dat ze geopereerd moest worden, we opereren dan maar een

Verpleegsters

Bent u antroposoof? 3 ja, 18 neen, 9 geïnteresseerd

Hoe ervaart u de verhouding
met de artsen t.o.v. het
andere ziekenhuis? 22 beter, 9 gelijk, 1 slechter

Is dit systeem in Nederland realiseerbaar?

Op de vraag of dit systeem over te planten is op een bestaand ziekenhuis zou ik het volgende willen zeggen.

Het ziekenhuis in Herdecke was een nieuw ziekenhuis, men heeft dus al het personeel moeten aantrekken. Iedereen heeft dus kunnen kiezen voor het systeem. (Er zijn ook een aantal verpleegsters, die er werken om eens te ervaren hoe het functioneert) Een enkele keer is er ook wel eens iemand ontslagen, omdat die niet aan het systeem mee wilde of kon werken.

Het ziekenhuis is opgezet door een aantal artsen en dat is langzaam uitgebreid. Er werken thans ook niet antroposofische artsen, die evengoed in het systeem meedraaien.

In Duitsland staan vele mensen nogal sceptisch tegenover het ziekenhuis en dat kan mogelijkwijs een stimulans zijn om tot goede resultaten te komen. Ik wil hieraan meteen toevoegen, dat dit een argument is waardoor elke verandering de kop ingedrukt kan worden.

Een interessante discussievraag zou kunnen zijn of dit systeem in Nederland geïntroduceerd zou kunnen worden en zo ja, hoe? In de laatste voordracht van deze cyclus zal Mercx hier nader op ingaan.

G. ENKELE SOCIAAL PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE GROEPSVERPLEGING EN VAN DE INDIVIDUAL TOTAL CARE VAN HET MONTEFIORE HOSPITAL IN NEW YORK.

Drs. P. Zwaga

1. Inleiding.

Dit artikel is enerzijds een bewerking van de voordracht gehouden op 7 januari 1972, anderzijds een uitbreiding ervan. Deze uitbreiding is noodzakelijk omdat een aantal gegevens in verband met het bovengenoemde vermeldenswaard zijn. Deze gegevens konden toen niet gepresenteerd worden vanwege de korte spreektijd die ter beschikking stond. In genoemde voordracht heb ik gepoogd een aantal sociaal-psychologische aspecten van groepverpleging te belichten. Deze aspecten zijn verder geïllustreerd met ervaringen, die in het Montefiore Hospital in New York met individual total care, middels onderzoeken zijn opgedaan. Deze gegevens zijn verder vergeleken met resultaten uit een onderzoek, dat in meer traditioneel gestructureerde ziekenhuizen in Amerika is gehouden.

Alvorens op bovengenoemde onderwerpen in te gaan, lijkt het mij dienstig de begrippen groepverpleging en individual total care nader te analyseren. Ook in de literatuur schijnt hierover nog onenigheid te bestaan. Groepsverpleging kan gedefinieerd worden als een groep verplegenden, die met elkaar samen werken om te komen tot een "patient centered care" (Germaine, 1971). In 1971 is een artikel verschenen, waarin men meent, dat het team moet bestaan uit verplegenden, leerling-verplegenden en assistenten. (xx) "Individual total care" is te karakteriseren als een extreme vorm van groepverpleging. De groep bestaat uit gekwalificeerd verplegend personeel en enige hulpkrachten. Een gediplomeerde en een hulpkracht verzorgen een zestal patiënten. Deze laatste vorm is in Nederland o.i. nog niet toegepast. Tussen groepverpleging en de individual total care zijn in werkelijkheid een aantal varianten denkbaar. Het meest essentiële van al die vormen is een psycho-somatische verzorging van de patiënt, waarvoor het gehele team verantwoordelijk is.

** Gruppenpflege. Veska, 1971 vol. 5, n^o 9 pag. 466-476

A. Germaine. Applying the concept of team nursing.

Hospital Administration in Canada, 1971, vol.13,
n^o 5, pag. 62-64

2. Motivatie en de sociale structuur van de verpleegafdeling.

Uit de literatuur is gebleken, dat verschillen in de organisationele structuur verschillen in de motivatie van organisatieparticipanten bewerkten. De motivatie komt tot uitdrukking in het uiterlijk waarneembaar gedrag van mensen. Lewin (1938), Vroom (1964), Boon van Ostade (1970) menen, dat het gedrag het resultaat is van de interactie tussen de persoon en zijn onmiddellijke omgeving. Op grond hiervan kan men stellen, dat de situatie of sociale structuur invloed zal hebben op de arbeidsbeleving en arbeidsgedrag van mensen. Dit moet dan ook gelden voor verplegenden in de ziekenhuisorganisatie. Anderzijds moet ook gelden, dat daar waar gelijke structuren aanwezig zijn, mensen een gelijke motivatie zullen vertonen. Als wij het hebben over de sociale structuur van de verpleegafdeling c.q. ziekenhuisorganisatie dan is het mogelijk, dat organisatiedoel-einden niet overeenkomen met persoonlijke. De persoon kan m.a.w. zijn individuele motieven niet geheel realiseren, omdat hij beperkt wordt door institutionele condities en eisen. Motivatie betekent hier de sterkte van de bereidheid van een individu om op een bepaalde manier te handelen teneinde een bepaald belangrijk doel te kunnen bereiken. (Atkinson, 1964) Aan motivatie zijn drie aspecten te onderkennen n.l. intensiteit, richting en doel. De intensiteit hangt af van de mate van belangrijkheid van het te bereiken doel. Richting houdt verband met de positieve of negatieve evaluatie van het doel. Het doel zelf kan vertegenwoordigd worden door materiële objecten of immateriële objecten, welke ook omschreven kan worden met sociale waarden. Materiële objecten zijn meestal instrumenteel ten opzichte van het bereiken van sociale waarden.

De doeleinden, die het individu al dan niet heeft zijn onlosmakelijk met de omgeving waarin het individu functioneert verbonden. Deze omgeving, situatie of sociale structuur van de organisatie bemoeilijkt of vergemakkelijkt voor hem bij het bereiken van de door hem gestelde doeleinden. Samengevat kan men stellen, dat verplegenden bij het bereiken van doeleinden door de sociale structuur van de ziekenhuis wel of niet worden beperkt. Eenvoudig gezegd bestaat er motivatie, zodra een motief aanwezig is. Een motief is volgens Atkinson (1964) een relatief duurzaam en algemeen en stabiel persoonlijkheidskenmerk, waarvan wordt aangenomen, dat zij een van de determinanten van motivatie is. Verplegenden hebben bepaalde motieven, die individueel gezien in belangrijkheid variëren en aan bepaalde doeleinden gekoppeld zijn. Ten aanzien van motivatie en motieven bestaan in de

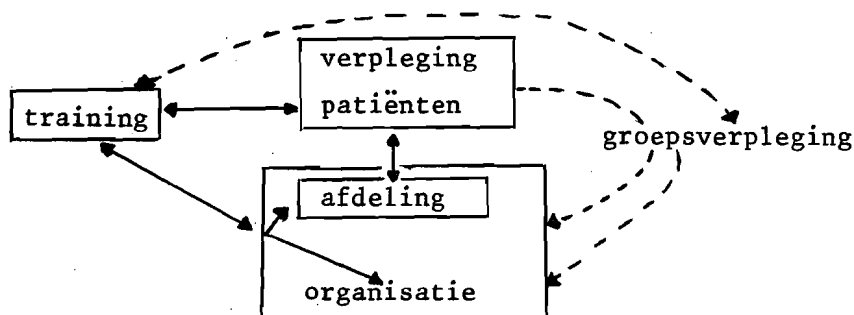
theorie velerlei, soms uiteenlopende, soms elkaar overlappende, visies. Een van de visies, die in de loop der jaren een vruchtbaar uitgangspunt is gebleken, is de motivatietheorie van Maslow. (1943, 1945) Maslow meent, dat er een aantal fundamentele motievecategorieën bij mensen universeel aanwezig zijn. (zie figuur 1 in bijlage) Deze motievecategorieën zijn weer opgebouwd uit submotieven, die betrekking hebben op een zelfde doel. (zie figuur 2 in bijlage) Deze motieven zijn dynamisch met elkaar geïnterrelateerd. Deze dynamiek ligt in de veronderstelling, dat een motievecategorie redelijk gerealiseerd dient te worden, voordat met een andere categorie begonnen kan worden. Realisatie van een bepaalde motievecategorie gaat vooraf aan de realisatie van de daarop volgende motievecategorie. Een implicatie hiervan is dat motievecategorieën in een bepaalde volgorde zijn gestructureerd. De oorspronkelijke opvatting van Maslow is door McGregor (1960) op de industriële situatie toegepast. Porter (1961) heeft die opvattingen geoperationaliseerd en getoetst in de industriële context. In zijn onderzoek kwam naar voren, dat er geen significante verschillen bestonden in de rangorde van belangrijkheid van motievecategorieën bij mensen, die op twee verschillende niveaus in de hiërarchie van de organisatie functioneren. Er was wel een tendens aanwezig, dat naarmate men in de hiërarchie stijgt, de autonomie behoeften belangrijker worden. Dit ondersteunt de mening van Argyris. (1957) Indien de theoretische opvattingen coherent zijn, dan moet dit ook gelden voor verplegenden in de ziekenhuisorganisatie. Een onderzoek (Zwaga, 1971) wees uit, dat dit inderdaad het geval was. (zie tabel 1,2,3) Dit onderzoek had ondermeer de bedoeling de motivatiestructuur van tweede en derdejaars leerling verplegenden vast te stellen. Omdat de gegevens verzameld zijn in twee ziekenhuizen, is het interessant of de populatie in ziekenhuis A met die van ziekenhuis B al dan niet verschilt. Indien de invloed van opleidingsjaar uitgeschakeld wordt, dan blijkt, dat de populaties in beide ziekenhuizen niet verschillen met betrekking tot de motivatiestructuur. (zie tabel 2) Wanneer de gegevens uitgesplitst worden naar ziekenhuis en naar opleidingsjaar blijken de motivatiestructuren niet te verschillen. Wel is in beide ziekenhuizen de tendens aanwezig, dat naarmate men in de ziekenhuisorganisatie stijgt het motief autonomie belangrijker wordt. De conclusie die men hieraan kan verbinden is, dat de aanwezige verschillen in organisatiestructuur op zich weinig tot geen invloed hebben op de motivatiestructuur maar dat de hiërarchische positie binnen die structuur wel invloed uitoefent. Een punt dient nog te worden opgemerkt. In alle

gevallen is gebleken, dat het motief autonomie onbelangrijk tot zeer onbelangrijk is. Hiervoor zijn een paar mogelijke verklaringen voor te vinden. De controlestructuur van de traditioneel gestructureerde ziekenhuisorganisatie kan de ontwikkeling van de autonomie behoeften verhinderen. Het instrumentele karakter van het werkproces op de afdelingen kan de ontwikkeling van die behoeften tegengaan, terwijl de mogelijkheid niet moet worden uitgesloten, dat de onderdrukking van de autonomie behoefte wordt veroorzaakt door de historisch gegroeide norm van passieve onderschikking.

Er is in het begin van het betoog gesteld, dat de sociale structuur motievenrealisatie kan belemmeren of bevorderen. Om dit na te gaan zijn in het zelfde onderzoek gegevens verzameld over de perceptie van de mogelijkheden om motieven te realiseren. Wanneer de gegevens gesplitst worden naar opleidingsjaar ongeacht het ziekenhuis waar men in werkt, dan blijkt, dat er geen verschillen tussen tweede en derdejaars bestaan met betrekking tot het oordeel van de mogelijkheden om desbetreffende motieven te realiseren. (zie tabel 4) Wanneer men dit voor de populatie in ziekenhuis A en B, ongeacht opleidingsjaar bekijkt, dan blijkt dat tussen de rangordes geen verschillen bestaan. (zie tabel 5) Splitst men de gegevens naar ziekenhuis en opleidingsjaar dan blijkt er geen verschil te bestaan tussen tweedejaars in ziekenhuis A en B. (zie tabel 6) Dit geldt tevens voor tweede en derdejaars binnen ziekenhuis A. Binnen ziekenhuis B bestaan wel verschillen. Wij kunnen dus concluderen, dat de hiërarchische positie binnen ziekenhuis A geen invloed heeft op het oordeel over de mogelijkheden om motieven te realiseren. De hiërarchische positie binnen ziekenhuis B heeft wel invloed op het oordeel. Hoewel er tussen ziekenhuizen geen verschillen bestaan, blijkt, dat de tweedejaars in ziekenhuis B affiliatiemotieven beter kunnen realiseren dan hun collega's in ziekenhuis A. De invloed van de aard van de sociale structuur in ziekenhuis B (zknh. B kent enige vorm van groepsverpleging, terwijl ziekenhuis B dit niet heeft) is hier merkbaar. De invloed verdwijnt echter bij de derdejaars. Het is niet onmogelijk, dat het stijgen in de hiërarchie hierop invloed uitoefent, d.w.z. dat de afstand tot de patiënt groter wordt, hetgeen tegelijk gepaard gaat met het aannemen van steeds meer bureaucratische rollen. Dit moet met enige voorzichtigheid worden gesteld, omdat de derdejaars hun ontplooiingsbehoeften beter kunnen realiseren, dan tweedejaars in ziekenhuis B. Het is echter mogelijk dat deze ontplooiingsbehoeften een instrumenteel karakter krijgen. De consistentie in de verklaring is, dat de

vergroting van afstand tot de patiënt samengaat met het stijgen in de hiërarchie van de verpleegorganisatie en samengaat met het aan-nemen van bureaucratische rollen en het vertonen van een toe-nemende mate van instrumenteel arbeidsgedrag in de verpleging van de patiënt.

Samenvattend kan men stellen dat de aard van de sociale structuur en de hiërarchische positie enige invloed heeft op zowel motivatie als perceptie van de realisatie mogelijkheden. Er is een tendens aan-wezig, dat daar waar enige vorm van groepsverpleging bestaat, er een betere afstemming tussen motivatie en realisatie tot stand brengt. Deze afstemming gaat verloren wanneer groepsverpleging ge-bed is in een traditioneel gestructureerde ziekenhuisorganisatie. Dit leidt tot de veronderstelling, dat groepsverpleging goed zou kunnen functioneren, wanneer een adequate organisatie verandering wordt doorgevoerd. Een en ander zal ook consequenties hebben voor de aard en de vorm van de opleiding enerzijds en voor de taakstruc-turering anderzijds. Dit wijst op een systeemanalytische benadering van het arbeidsgebeuren in ziekenhuizen. Schematisch kan deze relatie als volgt worden weergegeven:



Een verder inzicht in hoe een dergelijk model in ziekenhuisorga-nisatie kan worden gerealiseerd biedt Gagné e.a. (1962)

R.M. Gagné a.o. Psychological Principles in System Development, New York 1962.

3. Groepsverpleging en motivatie.

Een intrigerende vraag, die in de lijn van het voorafgaande gesteld kan worden is: Wat kan groepsverpleging betekenen en bereiken. Alvo-rens daarop in te gaan moet groepsverpleging als organisatieverschijn-sel nader geanalyseerd worden.

3.1. Groepsverpleging is dus niet alleen een bepaalde conceptie (zie fig. 3) van verpleging, maar tevens een bepaalde opvatting over ver-

plegen. Wat betreft de conceptie kan men o.i. zeggen, dat het de ideeën van de linking-pin organisatie (Likert, 1961)

R. Likert, *New Patterns of Management*,
New York 1961.

en het functionele model van Taylor zou kunnen integreren in een nieuwe conceptie, die als matrix organisatie zou kunnen worden aangeduid. Team nursing kan dan omschreven worden als een manier van organiseren die er op gericht is de totale individuele patiënt verzorging zo optimaal mogelijk te bereiken. Team verpleging is in essentie op projectgroepen gebaseerd. Deze projectgroep bestaat uit de medicus (de functionele leider), het unithoofd of wel leider van de projectgroep 'an sich' (de operationele leider) en een aantal nader te alloceren verplegenden, al dan niet bijgestaan door hulppersoneel. Randleiden van de groep zijn medewerkers van de afdeling sociale zaken, waarvan de hulp kan worden ingeroepen, wanneer blijkt dat er sociaal geaarde problemen ontstaan aan de kant van de patiënt bij aanvaarding van de rol van zieke, tijdens verblijf in het ziekenhuis en bij de hervatting van zijn normale rollen in de maatschappij. Wanneer deze problemen tevens medische aspecten vertoont, dan zal advies van de medicus gevraagd worden teneinde tot een adequate oplossing te komen. Een ander randlid van de groep is de hoofdverpleegster, die als hiërarchisch leider optreedt. Haar taak omvat de informatieverschaffing aan units over hun functioneren. In deze conceptie zal zij meer on the job training van leerlingen verplegenden op zich moeten nemen terwijl zij dienaangaande in een duidelijk gecoördineerde relatie met het opleidingscentrum dient te staan. Een andere taak, die tot de hare behoort, de belangenbehartiging in de ruimste zin van het woord van hen, die op haar afdeling werkzaam zijn, voorzover zij tot het verplegend of (verplegend) hulppersoneel behoren. Dit kan zowel intra-departementale als inter-hiërarchische belangenbehartiging inhouden. In het Montefiore Hospital vigeert het individual total care systeem al langere tijd. Daar zijn echter in die conceptie geen hoofdverplegenden meer aanwezig, maar communicatrices, die units over elkaars functioneren berichten. Zij bezitten geen bevelbevoegdheid. Wanneer een bepaalde unit niet goed kan functioneren - de oorzaken daarvan kunnen verschillend zijn - dan vindt een groepsbespreking plaats teneinde het niet goed functioneren op te lossen. Een en ander heeft consequenties voor de stijl van leiding geven van de betrokken personen. Zij dient naar onze overtuiging een "reality centered" leiderschap te zijn, dat zowel instrumenteel, sociaal, dynamisch en evenwichtig leiderschap moet integreren. De leidinggevende personen moeten hiervoor worden opgeleid, omdat dit

niet in de basisopleiding is opgenomen. Een en ander zal ongetwijfeld bijdragen tot de bewustwording van de verpleging. Het betekent vervolgens, dat een "job descriptie" wordt gemaakt met voldoende speelruimte tot ontplooiing. Een schema voor een goede jobrotation is binnen een unit en tussen units overeenkomstig de competenties van verplegenden goed te realiseren, wanneer blijkt, dat van klachten over monotonie van de werkzaamheden melding wordt gedaan. Kortom, groepsverpleging bevat een aantal - hier niet uitputtend en volledig uitgewerkte - sociaal psychologische aspecten, die nader geanalyseerd dienen te worden ten einde groepsverpleging als een bepaalde manier van organiseren van het verplegingswerk zo optimaal mogelijk te doen functioneren.

3.2. Wat betreft de opvatting zijn al een aantal bedoelingen vaag aangeduid. De bedoeling is expliciet te komen tot een psychosomatische benadering van de patiënt, d.w.z. zij gaat uit van de sociale en medische behoeften van het individu. Daarom staat de unit in direct contact met medewerkers van de afdeling sociale zaken en in (in)direct contact met familie of gezinsleden. Door deze minder of meer constante interactie met die leden tijdens opname, verblijf en ontvangdag tracht men aan de sociale en/of sociaal psychologische behoeften tegemoet te komen. Een ander aspect van die sociale behoeften is de psycho-sociale begeleiding van de patiënt, die dient om de emotionele stabiliteit te herstellen of te continueren. Zo vormen conceptie en opvatting van verpleging een eenheid welke effectiviteit, efficiency en welzijn van de bij verpleging betrokkenen tracht te integreren. Nu komen wij terug op het uitgangspunt. Wat kan groepsverpleging c.q. individual total care betekenen. Deze vraag kan nader beantwoord worden mbv de ervaringen die zijn opgedaan in het Montefiore Hospital in New York. Het onderzoek wees het volgende uit:

1. De ondervraagden in het Montefiore Hospital meenden, dat zij hun functies naar behoren konden vervullen, ongeacht het niveau waarop men werkzaam was. In vergelijking tot de gegevens uit het onderzoek, dat in traditioneel gestructureerde ziekenhuizen in de V.S. is gehouden, bleek, dat een significant groter aantal mensen in laatst genoemde ziekenhuizen meende, dat zij dit niet konden. Omdat het onderzoek, en dit geldt ook voor de overige conclusies, van beschrijvende aard is, kan men hieruit de veronderstelling afleiden, dat groepsverpleging adequate functie-ervulling bevordert.
2. De ondervraagden in het Montefiore Hospital noemden geen tot zeer weinig institutionele condities en vereisten, die een adequate

functievervulling in de weg stonden. Zij, die in traditioneel gestructureerde ziekenhuizen werkten, noemden significant meer belemmerende factoren die adequate functievervulling tegengaan.

De hypothese, die hieruit afgeleid kan worden is, dat groepsverpleging adequate functievervulling niet of zeer weinig belemmert.

3. De ondervraagden in het Montefiore Hospital stelden, dat zij veel tot zeer veel acties initieerden ter verbetering van de individual total care. Zij, die in traditioneel gestructureerde ziekenhuizen werkten, zeiden, dat zij geen of zeer weinig acties ondernamen om verpleging te verbeteren. De resultaten zijn statistisch significant. Hieruit kan men de veronderstelling afleiden dat groepsverpleging de leden activeert tot het ondernemen van acties, die verpleging kunnen verbeteren.
4. Uit de resultaten bleek verder, dat zij die in het Montefiore Hospital werkten, een significant hogere arbeidssatisfactie en werkbetrokkenheid vertoonden dan zij, die in traditioneel gestructureerde ziekenhuizen werkten.

Ten aanzien van het onderzoek van Zwaga (1971) moet gesteld worden dat er sprake is van tendenties. Het is daarom een noodzakelijkheid om in de toekomst een dergelijk onderzoek groter en voor een langere tijd op te zetten. Het is niet onwaarschijnlijk, dat de kleine aantallen een bepaalde "bias" in de resultaten teweeg hebben gebracht. Ten aanzien van de onderzoeken in het Montefiore Hospital en andere ziekenhuizen moet gesteld worden, dat ondanks het explorerende karakter van het onderzoek de verwachtingen ten aanzien van groepsverpleging c.q. "individual total care" gunstig mogen worden genoemd. Het is echter noodzakelijk om in de toekomst correlatieve of predictieve onderzoeken met betrekking tot de genoemde concepties van patiëntverpleging uit te voeren. Daarbij kunnen de voorgaande hypothesen mogelijk een uitgangspunt bieden. In Nederland kunnen wij hooguit omtrent genoemde verpleegmodellen zeer voorzichtige verwachtingen uiten. Een toename in de belangstelling ervoor is merkbaar getuige de enkele publicaties, die reeds verschenen zijn. Groepsverpleging blijkt nog bij sommigen een vraag te zijn (Goddard en Douglas, 1965), bij anderen een "utopie", hetgeen er op wijst, dat de realisatie ervan niet snel wordt verwacht. Niettegenstaande dat moet wel vanuit theoretisch oogpunt worden gesteld dat zij - zoals boven is aangegeven - ettelijke voordelen biedt. **Wat betreft de realisatiekansen moet worden opge-**

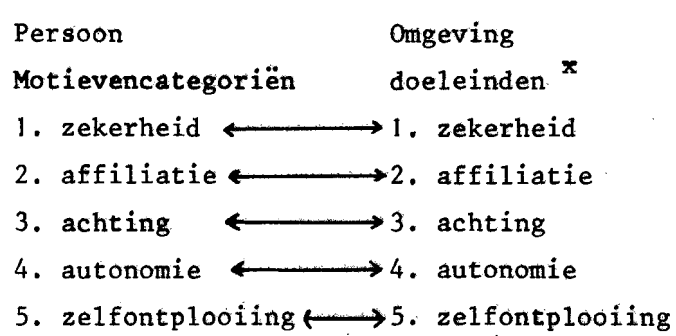
merkt, dat de groepsverdeling in een aangepaste structuur, welke systeemanalytisch geconstrueerd dient te worden, leidt tot een grotere arbeidssatisfactie en grotere werkbetrokkenheid. Dit levert enerzijds een bijdrage aan een betere functieervulling, hetgeen tegemoet komt aan de effectiviteit van verplegen, anderzijds tot een geringer verloop en hoger rendement van de opleiding. Dit alles tesamen vormt één complex van factoren, die de stabiliteit en continuïteit van de ziekenhuisorganisatie zal bevorderen.

J.R. Goddard, J. Douglas. Is Team Nursing the answer?
Canadian Nurse, July, 1965.

Voor een uitvoerige literatuuropgave wordt verwezen naar de scriptie:
Arbeidsmotivatie, arbeidssatisfactie en binding aan werk en zieken-
huisorganisatie van leerling verplegenden. P.G.J. Zwaga,
Kath.Hogeschool Tilburg
1971

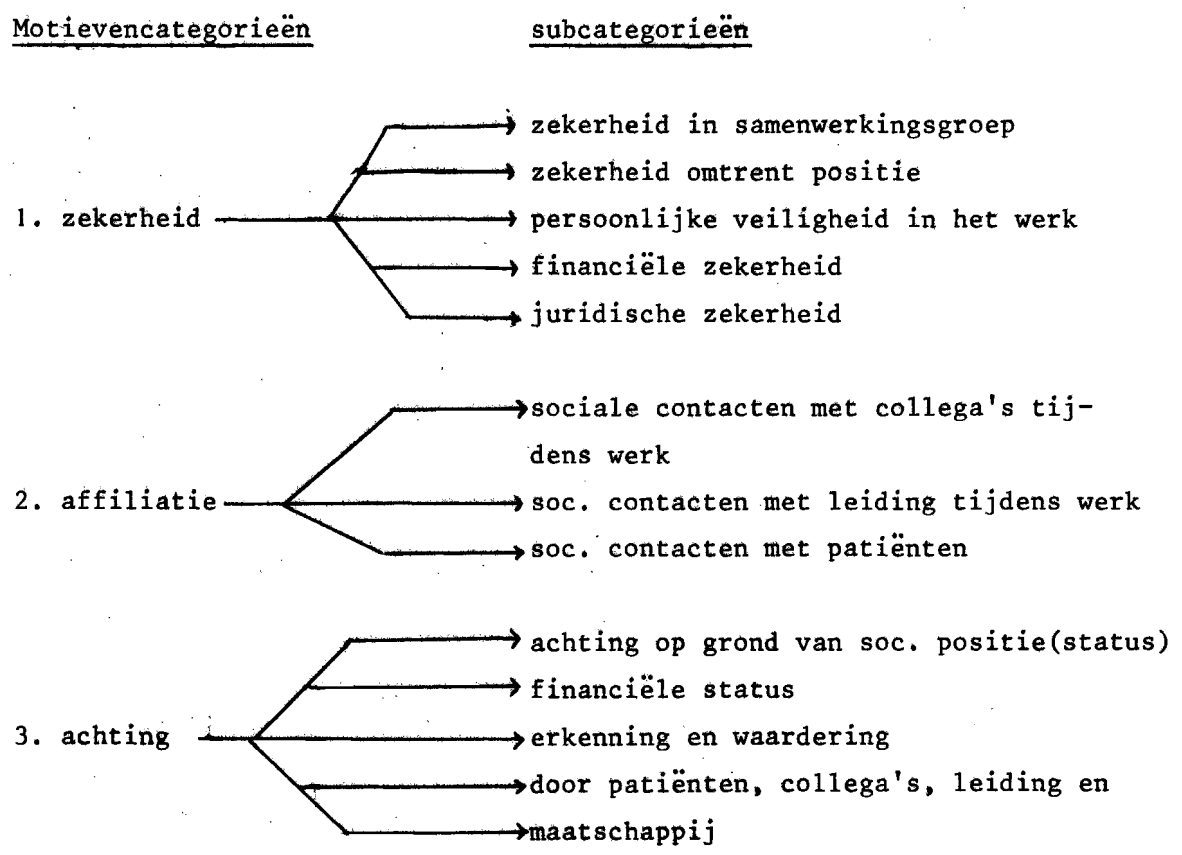
Bijlagen.

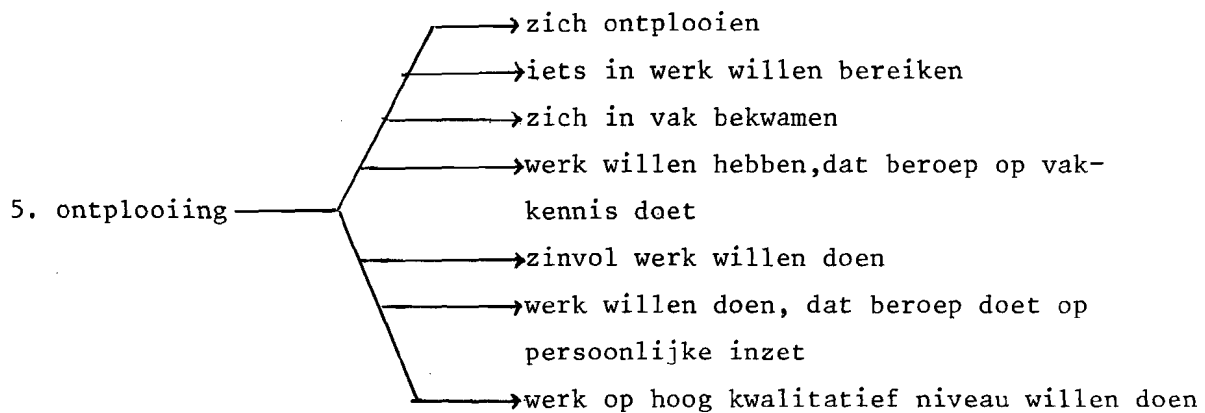
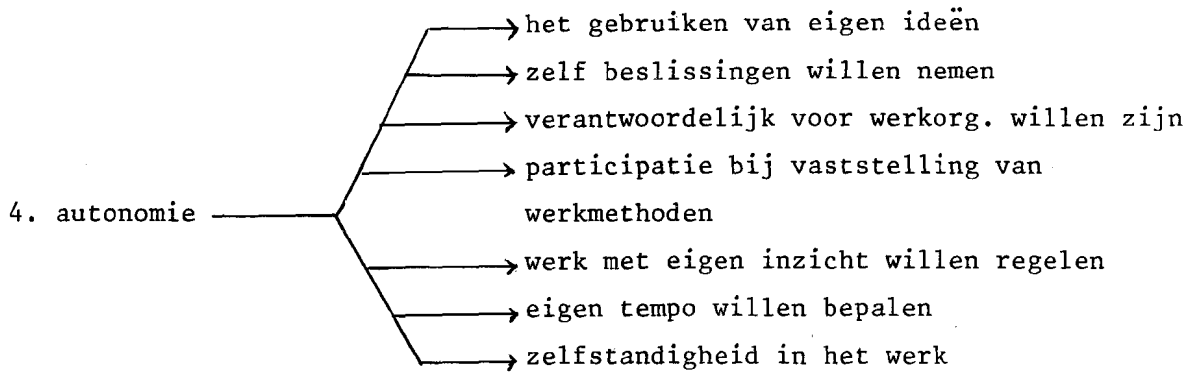
1. Fig. 1. Schematische weergave van de motivatiestructuur bij mensen in relatie tot doeleinden in de omgeving.



^x doeleinden zijn objecten, die motieven kunnen realiseren
←→ ; dynamisch interactieproces.

2. Fig. 2. Overzicht van motievecategorieën en submotieven, die op eenzelfde doel betrekking hebben.





3. Onderzoeksresultaten.

Tabel 1. Motivatiestructuur bij 2^e en 3^e jaars leerling verplegenden ongeacht ziekenhuis waarin men werkt.

motievecategorieën	Rangorde motieven naar sterkte bij	
	2 ^e jaars	3 ^e jaars
1. zekerheid	3	3
2. affiliatie	2	2
3. achting	4	5
4. autonomie	5	4
5. ontplooiing	1	1

1 = belangrijkste motief; 5 = minst belangrijke motief.

Toets op gelijkheid van rangorde:

$R_s = + 0,95$ $z = 1,90$ significant $p = ,10$

Tabel no. 2. Motivatie bij leerling verplegenden ongeacht opleidings-
jaar in ziekenhuis A en B.

motievecategorieën	Rangorde van motieven bij leerling verplegenden in	
	ziekenhuis A	ziekenhuis B
1. zekerheid	3	3
2. affiliatie	2	2
3. achting	4,5	5
4. autonomie	4,5	4
5. ontplooiing	1	1

Toets op gelijkheid van rangordes

$$R_s = 0,97 \quad z = 1,94 \quad \text{significant } p = ,10$$

Tabel no. 3. Motivatie bij 2^e en 3^e jaars leerling verplegenden in
ziekenhuis A en B.

motievecategorieën	Rangorde van motieven van			
	2 ^e jaars		3 ^e jaars	
	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis A	ziekenhuis B
1. zekerheid	3	3	3	3
2. affiliatie	2	2	2	2
3. achting	4	5	4	5
4. autonomie	5	4	5	4
5. ontplooiing	1	1	1	1

Toets op gelijkheid van rangordes

$$2^e \text{ jaars A - B; } R_s = +1,00 \quad z = 2,00 \quad \text{significant } p = ,10$$

$$3^e \text{ jaars A - B; } R_s = +1,00 \quad z = 2,00 \quad \text{significant } p = ,10$$

$$2^e-3^e \text{ jaars A; } R_s = +0,95 \quad z = 1,90 \quad \text{significant } p = ,10$$

$$2^e-3^e \text{ jaars B; } R_s = +0,95 \quad z = 1,90 \quad \text{significant } p = ,10$$

Tabel no. 4. Oordeel over de mogelijkheden om motieven te realiseren bij 2^e en 3^e jaars leerling verplegenden ongeacht ziekenhuis.

motievecategorieën	Rangorde van realisatiemogelijkheden	
	2 ^e jaars	3 ^e jaars
1. zekerheid	3	3
2. affiliatie	4	4
3. achting	1	1
4. autonomie	5	5
5. ontplooiing	2	2

1 = zeer goed te realiseren; 5 = zeer slecht te realiseren.
toets op gelijkheid van rangorden.

$R_s = + 1,00$ $z = 2,00$ significant $p = ,10$

Tabel no. 5. Oordeel over mogelijkheden om motieven te realiseren bij leerling verplegenden in ziekenhuis A en B.

motievecategorieën	Rangorde van realisatiemogelijkheden	
	ziekenhuis A	ziekenhuis B
1. zekerheid	3	3
2. affiliatie	4	4
3. achting	1	1
4. autonomie	5	5
5. ontplooiing	2	2

toets op gelijkheid van rangorden

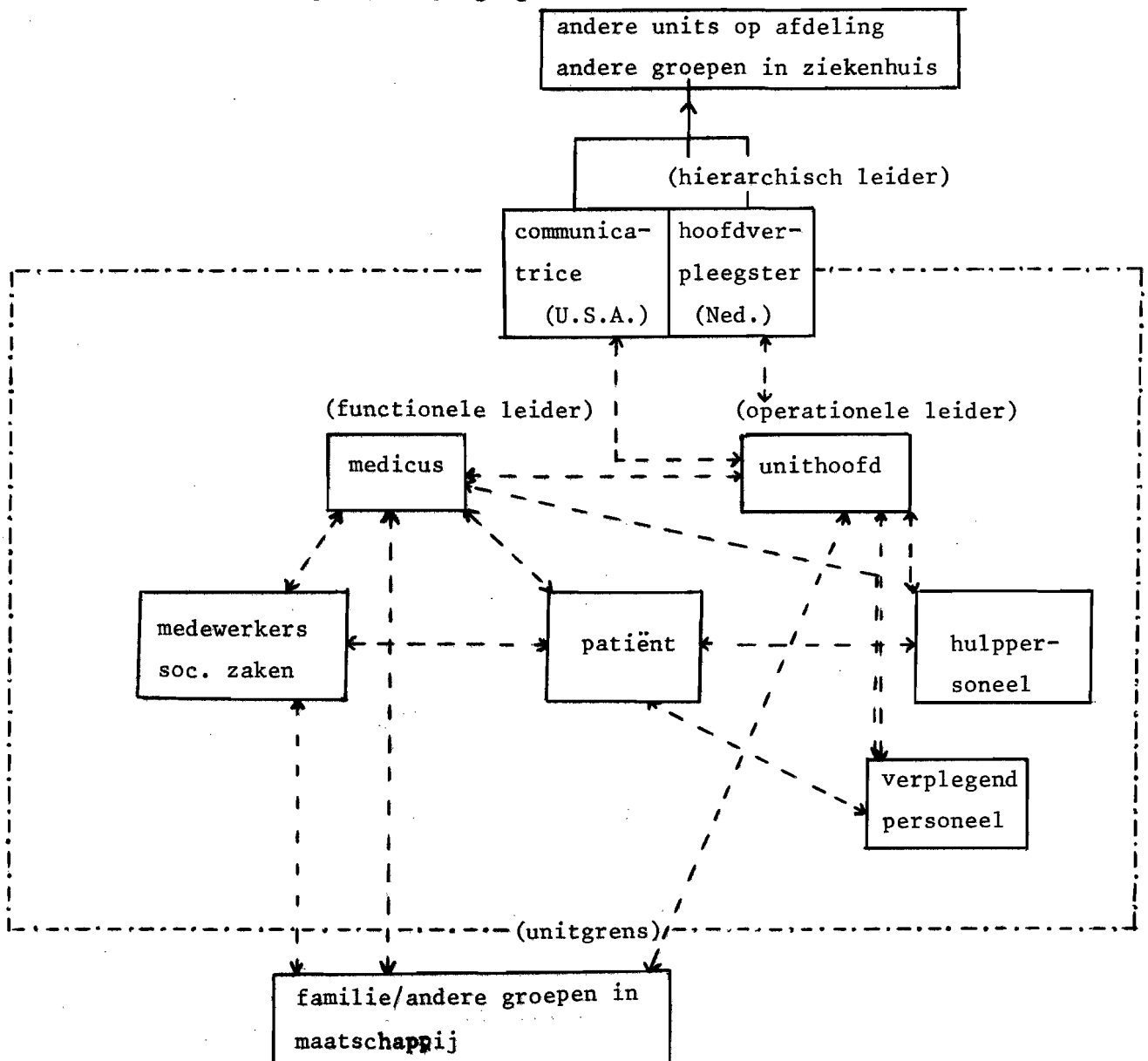
$R_s = + 1,00$ $z = 2,00$ significant $p = ,10$

Tabel no. 6. Oordeel over mogelijkheden om motieven te realiseren bij 2^e en 3^e jaars in ziekenhuis A en B.

motievecategorieën	ziekenhuis A		ziekenhuis B	
	2 ^e jaars	3 ^e jaars	2 ^e jaars	3 ^e jaars
1. zekerheid	3	3	4	3
2. affiliatie	4	4	3	4
3. achting	1	1	1	1,5
4. autonomie	5	5	5	5
5. ontplooiing	2	2	2	1,5

2^e jaars A - B; $R_s = + 0,95$ $z = 1,90$ significant $p = ,10$
 3^e jaars A - B; $R_s = + 0,97$ $z = 1,94$ significant $p = ,10$
 2^e-3^e jaars B; $R_s = + 0,875$ $z = 1,75$ significant $p = ,10$

Figuur 3. Model groepsverpleging.



Eisen voor groepsverpleging

1. Informatie/signalering/feedback systeem (communicatie)
2. Afbakening competenties (job description)
3. Adequaat leiderschap (reality centered leadership)
4. Leden moeten unit doelstellingen kennen: specificatie van unit doelstellingen.
5. Positieve oriëntatie op en consensus m.b.t. unitdoelstellingen bij teamleden.

H. DE TOEKOMSTIGE STRUCTUUR VAN DE VERPLEEGAFDELING, MEDE IN VERBAND
MET DE VERNIEUWINGSPANNEN IN DE OPLEIDING VAN VERPLEGENDEN.

R.J.M. Mercx

Inleiding.

De organisatie van de verpleegafdeling zal gemoderniseerd moeten worden. Voor deze stelling zijn mede uit voorgaande betogen de volgende constatering en aan te voeren.

a.1. In zijn analyse van de traditionele verpleegafdeling heeft Van Bergen aangetoond, dat de daarin gebruikelijke structuur achterhaald is en gevolgen heeft die conflicteren met het streven de doelstellingen van het ziekenhuis zo optimaal mogelijk te verwezenlijken. Met name duiden we op de negatieve consequenties hiervan voor patiënten en verplegenden.

2. Onderzoek heeft, zoals ik in mijn vorige referaat vermeldde, een aantal van de belangrijkste negatieve gevolgen hard aangetoond, met name de afwezigheid van een effectief therapeutisch klimaat en van een bevredigend arbeidsklimaat op de verpleegafdelingen.

3. In dit verband stelt Cassee van het NIPG m.i. zeer terecht dat "verplaatsing van de opleiding naar een afzonderlijk opleidingsinstituut t.a.v. het vormingsaspect alleen zin heeft, als het gepaard gaat met een verandering van de afdelingsstructuur". (Tijdschrift voor Ziekenverpleging mei 1969).

b.1. Bovendien meen ik te kunnen stellen dat het afleveren van gediplomeerden nieuwe stijl vanuit opleidingsinstituten zonder adequate aanpassing van de verpleegafdeling, een groot verloop van verplegend tot gevolg zal hebben.

Zwaga is in zijn referaat vanuit sociaal-psychologisch standpunt tot een betere alternatieve structuur gekomen. Ik zal hier vanuit de organisatiekunde dit probleem benaderen en de gevonden oplossing nader structureren.

Programma van eisen voor de nieuwe verpleegafdeling.

1. Optimale mogelijkheden voor een goed therapeutisch milieu en wel per patiënt.

a. Concentratie van de juiste deskundigheid op uitvoerend niveau

b. Concentratie van de juiste informatie op uitvoerend niveau

c. Het uitvoeren van de goede therapie aangepast aan de specifiek

- medische eisen en de wensen van de patiënt
- d. Vlot lopende organisatie van het werk rond de patiënt
 - e. Een goede therapeutische communicatie met de patiënt en familie.
2. Een goed werkklimaat voor het personeel.
 3. Mogelijkheden tot het verschaffen van aantrekkelijke functies voor huishoudelijk personeel (ziekenverzorgsters) leerlingen, stagiaires en in de toekomst een relatief groter wordend aantal gediplomeerden.
 4. Mogelijkheden tot efficiënt werken.

De keuze van een adequate organisatiestructuur.

In voorgaande referaten zijn een aantal alternatieve structuren besproken. We kunnen drie groepen onderscheiden nl.

- a. taakstructuren: deze variëren van specialisatie tot taakstructurering.
- b. objectstructuren: afdelings-, groepsverpleging, individuele verpleging.
- c. machts- en communicatiestructuren: zoals lijnorganisatie, linking pin volgens Likert, entente volgens Groffen en raden-structuur, model Herdecke.

We krijgen dus een driedimensionale matrix van mogelijkheden waaruit we een keus kunnen maken. (fig. H1)

Uitgaande van de m.i. juiste werkhypothese dat de patiënt "uniek" is, zal voor punt 1 van het programma van eisen (mogelijkheden voor goed therapeutisch milieu) gezocht moeten worden naar een organisatie die zeer flexibel is en die zich op uitvoerend niveau zeer snel en gemakkelijk aan de specifieke eisen en wensen van de patiënt kan aanpassen. Van Bergen heeft in zijn referaat deze noodzaak aangetoond en het feilen van de huidige organisatie toegelicht.

In industriële termen betekent dit geen starre systemen uit de massaproductie zoals gespecialiseerde functies aan grote lopende banden, maar kleine units die zoveel mogelijk het gehele productieproces van de enkelstuksfabricage kunnen omvatten. Zij kunnen zonder veel organisatorische- en afstemproblemen zich gemakkelijk aan de telkens wisselende eisen van de enkelstuksfabricage aanpassen.

Teruggaand naar het object van studie betekent dit voor de algemene verpleegafdeling vanuit organisatorisch oogpunt geen specialisatie maar taakstructurering en geen afdelingsverpleging maar groeps- of individuele verpleging. Vanuit deze beschouwing meen ik dus afdelingsverpleging met specialisatie in deeltaken te moeten verwerpen. De referenten die deze materie vanuit sociologisch en sociaal-psychologisch

organisatiestructuren:

- | | | |
|--|-----|---|
| a. taakstructuur | → | specialisatie ↔ structurering |
| b. objectstructuur | → | afd.-, groeps-, en individuele verpl. |
| c. machts- en
communicatiestructuur | } → | { lijnorganisatie; linking-pin organisatie;
entente- en radenorganisatie |

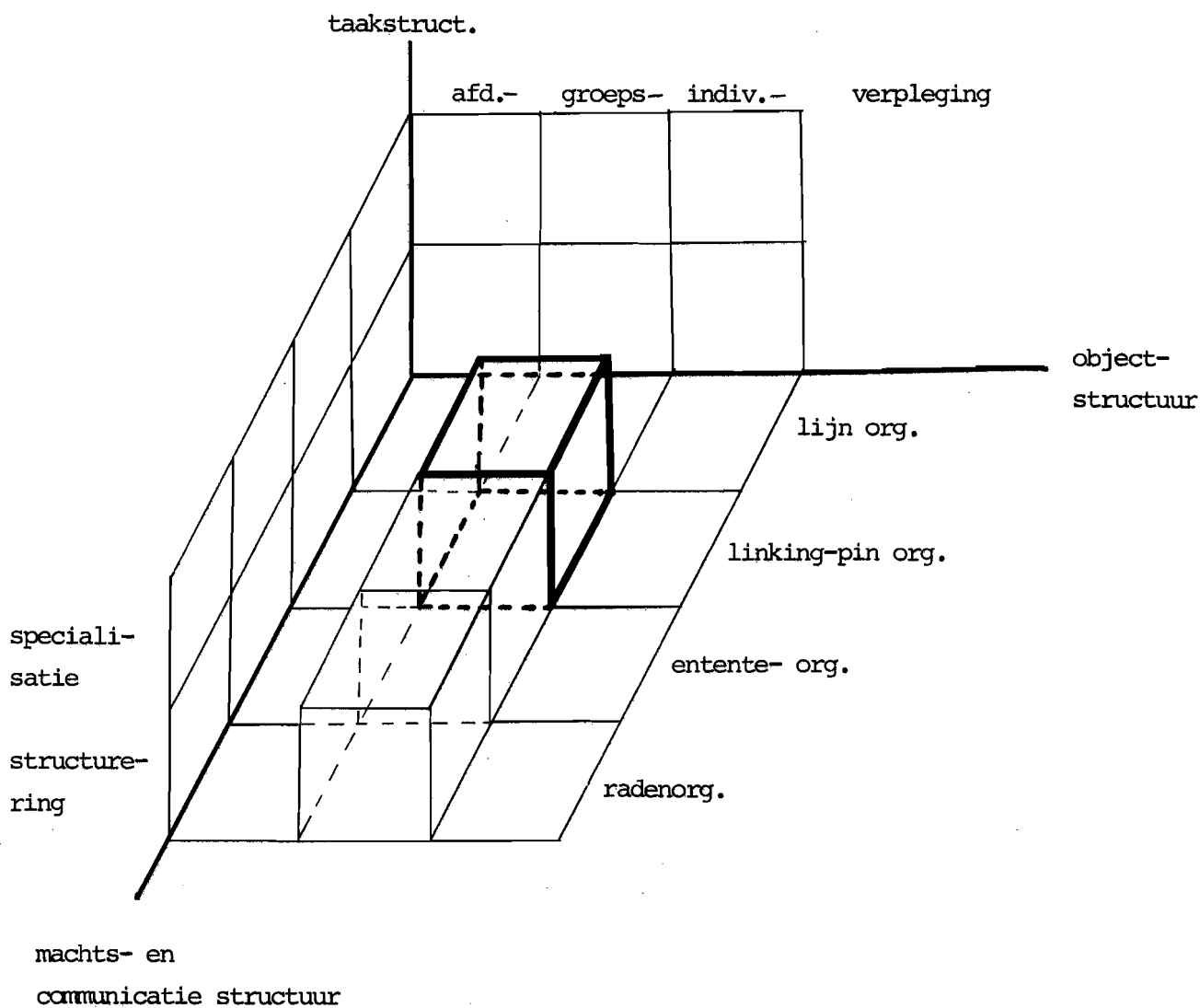


fig. H1 Keuzemodel van mogelijke organisatiestructuren

oogpunt geanalyseerd hebben zijn gelukkig vanuit punt 2 van het programma van eisen (werkklimaat) tot eenzelfde conclusie gekomen.

Voor individuele verpleging hebben we momenteel niet genoeg gediplomeerde verplegenden. In de toekomst zou dit een mogelijkheid kunnen zijn om gediplomeerden zinvol werk te geven.

Wat betreft de machts- en communicatie structuur is gebleken dat de huidige hiërarchische lijnorganisatie met zijn eenzijdig communicatiepatroon zowel organisatorisch als sociaal-psychologisch grote nadruk heeft. Ook vanuit cultureel-etische motieven zijn hier ernstige bezwaren tegen aan te voeren. Vanuit dit gezichtspunt zou een radenstructuur volgens het model van Herdecke ideaal zijn. Ons onderzoek in dit ziekenhuis heeft m.i. evenwel geleerd dat momenteel voor zo'n ideale situatie voldoende idealisten nodig zijn, die met een enorme inzet van eigen persoon de nodige voorwaarden scheppen om zo'n situatie te creëren en te laten voortbestaan. Wij zijn er hier niet of nog niet rijp voor. Ik vind deze mening bevestigd in de studie van Blumberg (1968) over de democratie in het bedrijfsleven. Wel geloof ik dat wij onderweg zijn, en dit proces ook moeten stimuleren. We kunnen nu twee dingen doen om het doel te bereiken, trachten de zaak te forceren of de geleidelijke weg bewandelen. Vanuit de premisse dat iedere ernstige onrust in het ziekenhuis resulteert in een slechtere patiëntenzorg met alle gevaren en consequenties van dien, neig ik sterk tot de tweede mogelijkheid. Dit betekent een zo goed mogelijke delegatie van bevoegdheden naar een zo laag mogelijk niveau. Goede opleidingen met name in het samenwerken, en een open communicatiestructuur. Merkwaardig genoeg zijn dit ook punten van het programma van eisen, nodig voor een adequate patiëntenzorg. Afhankelijk van het niveau van de samenwerkingsrelaties en het respect voor elkaars kwaliteiten kan dan een haalbare structuur gekozen worden. In eerste instantie zou ik persoonlijk momenteel voor het gemiddelde Nederlandse Ziekenhuis de "linking-pin" organisatie van Likert prefereren gecombineerd dus met groepsverpleging. Deze combinatie is ook al eens door Verbeek (1970) naar voren gebracht. In een later stadium kan dit omgezet worden in een entente- en nog later misschien in een radenstructuur. Vanuit een organisatiekundige conceptie kom ik dus tot dezelfde oplossing als Zwaga in zijn referaat suggereert.

Uitwerking voorgestelde organisatiestructuur.

Onze ideeën over de organisatie van de verpleegafdeling hebben nu gestalte gekregen: de overlegstructuur is te beschrijven in een schema met een linking-pin structuur met onder het afdelingshoofd een aantal

verpleegteams o.l.v. een teamleidster. Deze oplossing vermindert tevens de generatiekloof, die momenteel op veel afdelingen aanleiding geeft tot frustraties en spanningen. In dit team moet volgens het programma van eisen alle informatie over de patiënten aanwezig zijn. Ook moet het zich snel en gemakkelijk aan de omstandigheden aan kunnen passen. De teams moeten niet te klein zijn (slechte aanpassingsmogelijkheden) en niet te groot (slecht overzicht gang van zaken). Ideaal lijkt mij minimaal 3 en maximaal 5 verplegenden. Dit betekent als ik het wel heb, 15 - 20 patiënten per team. De teamleidster is samen met het team verantwoordelijk voor de gang van zaken. Deze wordt dan ook bijv. na de visite met het team besproken, zodat iedereen goed op de hoogte is. De teamleidster loopt de visite mee: zij is het beste geïnformeerd over de psycho-somatische toestand van de patiënten en dus de beste bron van aanvullende informatie voor de medicus. Zij kan uit de eerste hand de te nemen maatregelen vernemen: de communicatie is hierdoor het beste gewaarborgd. Zij zorgt er ook voor dat patiënten naar OK en röntgen gaan, dat bepalingen worden verricht e.d., met andere woorden zij regelt al de werkzaamheden rondom de patiënt.

De HV wordt hierdoor aanzienlijk ontlast doch ze wordt alles behalve overbodig: zij zal minder bekwame teamleiders "on the job" moeten trainen en al naar gelang hun bekwaamheid een extra oog kunnen en moeten houden op de ernstige patiënten. Zij zorgt ervoor dat het personeel over de teams zo eerlijk mogelijk verdeeld is en zo weinig mogelijk wisselt. Ze blijft de directe chef van het personeel op de afdeling doch heeft de directe coördinatie van het werk naar de teams gedelegeerd. Ze kan dan ook meer aan nl. 3 of 4 teams, waardoor ze qua personeel wat meer armslag krijgt. De hoofdverpleegster houdt met de teamleiders, de arts(en), de praktijkdocente die haar helpt met de opleiding en begeleiding van leerlingen en stagiaires alsmede de afdelingssecretaresse geregeld (bijv. 1 x per week) een afdelingsbespreking, waarbij alle afdelingsproblemen ter sprake komen. De teamleiders kunnen voor de teams belangrijke zaken inbrengen en weer terug melden aan hun teamleden. Hetzelfde gebeurt ook in de groep hoofdverplegenden met het hoofd verplaging resp. de directrice (figuur H2).

Het resultaat is een stimulans voor een goede communicatiestroom van hoog naar laag en omgekeerd alsmede horizontaal tussen de verschillende collega's.

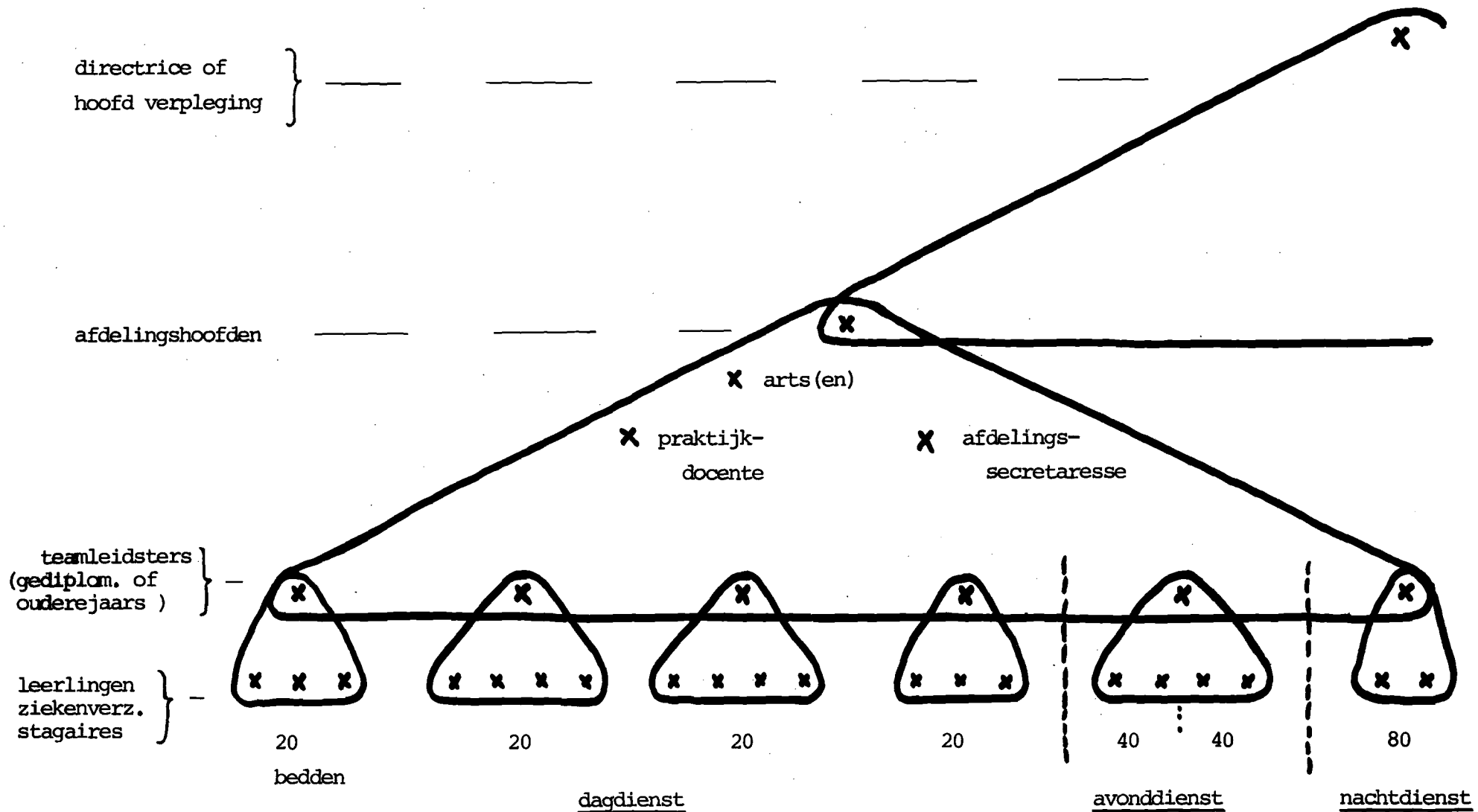
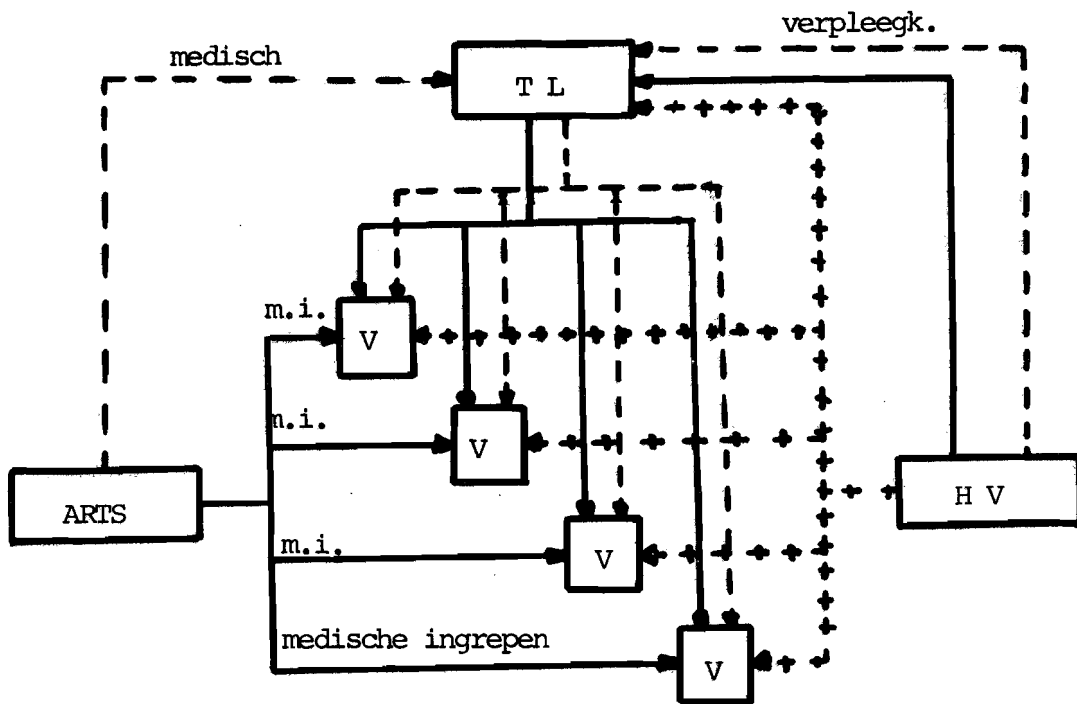
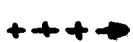


fig. H2 Overlegstructuur op de verpleegafdeling



H V = hoofdverplegende
 T L = teamleidster
 V = verpleegkundige

fig. H3 Schema organisatiematrix
verpleegteam



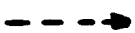
hierarchisch leiderschap:

- organisatie afdeling
- voldoende personeel
- beoordeling, opleiding en promotie
- behartigen van sociale belangen



Operationeel leiderschap:

- aangeven van prioriteiten
- organiseren directe werkzaamheden
- directe coördinatie



functioneel leiderschap:

- bewaakt vak-technische kwaliteit
- geeft vak-technische voorschriften en aanwijzingen
- zorgt voor opleiding

De organisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom de teams is evenwel vrij ingewikkeld en moet dus nader beschouwd worden. Immers ook de arts heeft hierin een rol. Binnen de Linking-pin organisatie is ze het beste te beschrijven als een organisatiematrix met al dan niet gecombineerde en gesplitste leiderschaps patronen.

We onderkennen hiërarchisch, operationeel en functioneel leiderschap volgens de definities die Botter in zijn boek Industrie en Organisatie geeft (1971).

In bijgaand schema (fig. H3) zien we dat de directe operationele en functionele leiding van de verplegenden door de teamleidster gegeven wordt. De arts fungeert alleen bij medische ingrepen waarbij de hulp van een verplegende nodig is, als operationeel leider. Verder is hij aangaande het medische aspect in de verpleging de functionele leider van de teamleidster. De hoofdverplegende heeft haar operationele en functionele bevoegdheden aan de teamleidster gedelegeerd (behalve als deze niet voldoende bevoegdheden en ervaring heeft, dan helpt ze haar en traint haar "on the job"). Zij is de operationele en functionele leidster van haar teamleiders en de hiërarchische leidster van al het personeel op de afdeling.

Van eventueel hulppersoneel als afdelingssecretaresse, keukenhulpen e.d. is de HV de hiërarchische, operationele én functionele chef. Van de praktijkdocente alleen de operationele chef, aangezien deze qua werkzaamheden beter functioneel en hiërarchisch onder de opleiding gerangschikt kan worden.

Dames en Heren, ik hoop door deze ideeën een brug geslagen te hebben van de theorie naar de praktijk. Gezien onze nog gebrekkige kennis van deze praktijk is het mogelijk dat het praktische fundament van deze brug in Uw ogen ondeugdelijk is of nog enige fouten verloopt. Ik zou het erg op prijs stellen als U mee zou helpen dit fundament beter te herbouwen of de fouten te herstellen.

I. SAMENVATTING.

R.J.M. Mercx

In zijn eerste inleiding beschrijft Van Bergen de structuur van de traditionele verpleegafdeling. Hij tekent het verschil in status en de relaties tussen arts, stafverplegende, zaalverplegende en patiënt. Tengevolge van dit patroon blijken duidelijke communicatiestoornissen en frustraties op te treden, alsmede spanningen ook tussen het axioma dat alles gebeurt in het belang van de patiënt en de realiteit. Ook de verplegende die met de dagelijkse zorg voor de patiënt belast is, blijkt onder alles behalve optimale condities te moeten functioneren met alle gevolgen van dien. De inleider stelt dat deze effecten, zij het in minder extreme vorm, te vinden zijn in de hedendaagse Nederlandse ziekenhuizen en dat men tengevolge van deze vorm van organisatie te kort schiet ten aanzien van de doelstelling: een zo goed mogelijke zorg voor de patiënt. Hij vindt het derhalve nodig technologische veranderingen en aanpassingen in het waarden- en normencomplex binnen het ziekenhuis en in de verpleegafdeling aan te brengen.

Nijhuis heeft met enige collega's, bedrijfskundige studenten, als stage de dagelijkse gang van zaken op een aantal verpleegafdelingen bestudeerd. Hij wijst in zijn referaat op een aantal zaken, die daarbij zijn opgevallen. Zo kon vastgesteld worden dat, ondanks het feit dat de opleidingen in Nederland als gelijkwaardig worden beschouwd, de bevoegdheden van de leerlingen per ziekenhuis sterk variëren. De werkbelasting op de afdelingen vertoont grote pieken met zeer ingewikkelde dienstroosters als gevolg. Een goede analyse van deze pieken zou een eerste stap zijn in de richting van een gelijkmatiger werkbelasting, die overigens al in een aantal ziekenhuizen gerealiseerd is. Ze merken tenslotte een tendens op in de richting van specialisatie op de verpleegafdeling waar het bedrijfsleven na jaren ervaring deze fase heeft afgesloten en een tegengestelde weg is ingeslagen.

In dit kader is van belang te weten wat de verplegende er van denkt. Hier blijkt in bescheiden mate onderzoek naar gedaan te zijn. Na een uitgebreide literatuur recherche zijn we tot een aantal belangrijke conclusies gekomen aangaande de aspecten die een verplegende in haar taak verwacht en welke factoren het werkklimaat in het ziekenhuis en op de afdeling zouden kunnen verbeteren.

Van Bergen draagt vanuit de gedragswetenschappen de eerste eisen aan voor een effectieve verbetering van de situatie, een verbetering die hij overigens als een langdurig proces ziet. Van groot belang blijkt een samengaan van herstructurering van taken én een verandering in die meningen en opvattingen, die de feitelijke erkenning van de patiënt als centraal staande psycho-somatische eenheid, met alle consequenties van dien, tegen houden.

Een voorbeeld voor zo'n nieuwe vorm van samenwerken is de entente organisatie volgens het model van Groffe. Van Bergen geeft een beschrijving van de gang van zaken in een ziekenhuis, dat tracht via dit model naar een adequate organisatie te streven. Het blijkt dat met name een aantal hoofden van afdelingen, gezien hun traditionele waarden en normen patroon, moeite hebben met dit model. De inleider pleit voor een verandering in strategie. Hij stelt met klem vast dat een wijziging in het samenwerkingsverband, dus in de organisatie, ook wijzigingen in het directe arbeidsveld inhouden.

Hagevoort geeft in de korte tijd die hem ter beschikking staat een overzicht in vogelvlucht van het in meerdere opzichten interessante radenziekenhuis in Herdecke (Duitsland). Meer in het bijzonder gaat hij in op de organisatiestructuur van het ziekenhuis en de organisatie van de verpleegafdeling. In dit ziekenhuis is de radenstructuur consequent doorgevoerd en functioneert kennelijk naar genoegen van patiënten en verplegenden die hierover geen queteerd zijn.

In de verhandeling van Zwaga is de relatie tussen motivatie, motievenstructuur bij leerling verplegenden enerzijds, en groeps- en traditionele verpleging anderzijds aan de orde gekomen. In een aan groepsverpleging zwak aangepaste structuur van de ziekenhuisorganisatie bleek bij onderzoek een betere afstemming tussen motieven en realisatie mogelijk. Dit effect verdwijnt in een traditionele organisatie of bij quasi-groepsverpleging; d.w.z. het positieve van groepsverpleging verdwijnt indien zij in een traditionele organisatie is ingebed. Enige vorm van groepsverpleging of traditionele verpleging heeft geen invloed op de opbouw van de motivatiestructuur. Blijkbaar is dit bij verplegenden een op zich zelf staand gegeven. Verder is een model van groepsverpleging aangeboden, dat een systeem analytische basis bevat. Dit verdient een nadere uitwerking. Bovendien integreert het model het begrip "individual total care". Onderzoek bij het Montefiore Hospital en bij traditionele ziekenhuisorganisatie wees uit, dat het model van

individual total care ettelijke voordelen biedt t.o.v. het traditionele verpleeg model:

- taken worden naar behoren vervuld en beter uitgevoerd
- grotere stimulans om maatregelen te nemen ter verbetering van de patiëntenzorg
- betere afstemming tussen ontplooiingsmotieven en affiliatiebehoeften
- meer realisatiemogelijkheden van die affiliatiebehoeften
- grotere arbeidssatisfactie en werkbetrokkenheid.

Als laatste inleider van dit colloquium heb ik geconstateerd dat de organisatie van de verpleegafdeling van het ziekenhuis gemoderniseerd moet worden, en heb daartoe een programma van eisen opgesteld. Alle theoretische mogelijkheden overziende, kom ik tot een driedimensionele matrix waaruit een keus gemaakt kan worden. In één dimensie valt de keus op taakstructurering. Wat betreft de tweede dimensie, de objectstructurering, blijkt groepsverpleging de beste oplossing te zijn. De derde dimensie geeft een scala van mogelijkheden, waarvan ik momenteel voor de Nederlandse situatie de linking-pin organisatie het meest adequaat acht. Deze oplossing wordt dan ook verder in mijn referaat uitgewerkt, waarbij ik door de complexiteit van de situatie gedwongen ben een matrix structuur in te bouwen.

Deze inleidingen samenvattend kan gesteld worden dat literatuur en observatie aanleiding geeft te concluderen, dat de organisatie van de huidige verpleegafdelingen niet meer aan de doelstellingen van het ziekenhuis voldoet.

Bestudering en afweging van een aantal alternatieven heeft er toe geleid een andere oplossing voor te stellen, te weten taakstructurering, groepsverpleging en een combinatie van de linking-pin organisatie van Likert en een matrixstructuur. Deze oplossing is gevonden met behulp van sociaal wetenschappelijke én organisatiekundige studies en mede dank zij de bereidwilligheid van directies, medici en verplegenden van een aantal ziekenhuizen.

Opmerking ^x

Teneinde een babylonische spraakverwarring te voorkomen hebben we gemeend er goed aan te doen de hiervoor ontwikkelde organisatievorm van de verpleegafdeling niet zonder meer "groepsverpleging" of "team-nursing" te noemen. Het systeem bevat namelijk meer dan datgene wat momenteel over het algemeen onder deze termen wordt verstaan. We hebben gezocht naar een woord dat de voornaamste doelstellingen van het systeem inhoudt; het bevorderen van een therapeutisch milieu en het motiveren van de verplegenden. We zouden de voorgestelde organisatievorm dan ook voortaan

THEMO-VERPLEGING

willen noemen. Een aardige bijkomstigheid is dat deze term ook zijn afkomst aangeeft: Technische Hogeschool Eindhoven Model.

Themo-verpleging houdt in:

- a. taakstructurering overeenkomstig de groepsverpleging.
- b. een linking-pin structuur in de verpleegsector.
- c. een afbakening van taken en bevoegdheden met name op de 3 laagste niveaus in de verpleegsector met behulp van matrixorganisatie.
- d. het zinvol participeren van de medicus, patiënt en hulppersoneel in deze structuur.

^x Deze opmerking is op het betrokken colloquium niet gemaakt en ter completering aan deze "papers" toegevoegd.

2-3-1972

RM/WH